

**NACIONES UNIDAS  
COMISIÓN ECONÓMICA PARA  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

**CENTRO LATINOAMERICANO  
Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA**

**Distr.  
GENERAL**

LC/DEM/G.184  
10 de marzo de 1999  
ORIGINAL: ESPAÑOL

---

**COMITÉ ESPECIAL SOBRE POBLACIÓN  
Y DESARROLLO DE LA CEPAL**

**Reunión de la Mesa Directiva Ampliada  
Santiago, 14 y 15 de diciembre de 1998**

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:  
EXAMEN Y EVALUACIÓN  
DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA  
DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA  
INTERNACIONAL SOBRE  
LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO**

**Santiago de Chile, 1999**

# ÍNDICE

*Página*

PRESENTACIÓN .....	1
I. El contexto sociodemográfico regional en el entorno de la CIPD .....	3
El panorama económico y social .....	3
El panorama demográfico .....	4
La población en la agenda actual del desarrollo .....	7
II. Progresos y obstáculos en la ejecución del Programa de Acción de la CIPD en la región .....	10
1. Población y políticas públicas .....	10
2. Equidad de género y habilitación de las mujeres .....	13
3. Derechos reproductivos y sexuales, salud reproductiva y sexual y equidad social .....	16
3.1 Avances en materia de legislación y programas sobre derechos reproductivos y sexuales.....	16
3.2 Avances en materia de educación sobre sexualidad y salud reproductiva y sexual .....	17
3.3 Avances en materia de servicios de salud reproductiva y sexual	18
3.4 Avances en materia de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.....	19
3.5 Avances en materia de maternidad sin riesgo .....	20
3.6 Avances en materia de prevención del VIH/SIDA .....	23
3.7 Avances en la equidad en el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual .....	26
4. Fortalecimiento de la sociedad civil .....	27
5. El papel de la cooperación internacional .....	30
6. El seguimiento de los indicadores de progreso de las metas de la CIPD .....	32
III. Prioridades de acción para la aplicación del PA de la CIPD .....	34
1. Población y políticas públicas .....	34
2. Equidad de género, plena igualdad de oportunidades y habilitación de las mujeres .....	36
3. Derechos y salud reproductiva y sexual y equidad social .....	37
4. Fortalecimiento de la sociedad civil .....	38
5. El papel de la colaboración internacional .....	39
6. El seguimiento de los progresos en el logro de los objetivos del PA de la CIPD .....	40
Bibliografía .....	41
Anexo 1 .....	45

## PRESENTACIÓN

Este Informe da cuenta de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA de la CIPD) en los países de América Latina y el Caribe y constituye la contribución de la región al proceso global de examen y evaluación del PA de la CIPD cinco años después de celebrada dicha Conferencia (CIPD+5). Como tal, el Informe servirá de insumo para la reunión de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas —que tendrá lugar en marzo de 1999— y para la elaboración del Informe que, de acuerdo con una recomendación del Consejo Económico y Social (1997/42, ECOSOC), el Secretario General presentará al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas con el que culminará el proceso de la CIPD+5, entre los días 30 de junio y el 2 de julio de 1999. Además, será presentado al Foro Internacional de La Haya (febrero de 1999), organizado por el FNUAP con el objeto de estimular las deliberaciones que la comunidad internacional tendrá en las reuniones mencionadas.

El Informe consta de tres capítulos. El primero contiene una descripción sucinta del contexto socioeconómico y demográfico reciente de la región, lo que permite señalar las condiciones que rodean la ejecución del PA de la CIPD. En el segundo capítulo se analizan los avances y obstáculos encontrados por los países en el cumplimiento de los compromisos contraídos en El Cairo, y en el último se identifican las líneas prioritarias de acción para avanzar hacia la plena realización de los objetivos del PA de la CIPD, destacándose seis áreas: i) integración de los asuntos de población en las estrategias, políticas y programas de desarrollo económico y social, prestando especial atención a las necesidades de los más pobres; ii) habilitación de la mujer para su genuina participación en la adopción de decisiones y promoción de los cambios socioculturales necesarios para lograr la equidad de género; iii) pleno ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales de las parejas y las personas —en un marco de responsabilidades compartidas por hombres y mujeres—, asegurándoles condiciones óptimas de salud durante todas las etapas de su vida; iv) colaboración efectiva entre instituciones de gobierno, ONG, grupos comunitarios locales y el sector privado en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas relativos a la población y el desarrollo; v) cooperación internacional para movilizar recursos financieros, humanos y de asistencia técnica en el campo de la población y el desarrollo y para reforzar la colaboración horizontal; vi) establecimiento de mecanismos idóneos y participativos para un apropiado seguimiento del avance en el cumplimiento de los objetivos del PA de la CIPD.

Este Informe, adoptado<sup>1</sup> por la Mesa Directiva del Comité Especial de Población y Desarrollo en su reunión ampliada de los días 14 y 15 de diciembre de 1998, en Santiago de Chile, se basa en un borrador preparado por la División de Población (CELADE) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en consulta con la División para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con los aportes sustantivos proporcionados por la Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe y los informes nacionales sobre la materia.

---

<sup>1</sup> La delegación de la República Argentina entregó por escrito su “Posición y Reservas de la República Argentina para la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, para el *Examen y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe*”. El texto se incluye en el Anexo 1 de este informe.

## I. EL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO REGIONAL EN EL ENTORNO DE LA CIPD

### 1. El panorama económico y social

La década de 1990 estuvo marcada por la transición a un nuevo modelo de desarrollo basado en la libre operación de las fuerzas del mercado y en una decidida apertura externa. Como parte de este proceso, se avanzó en la reforma del Estado —incluyendo la descentralización de la gestión pública y la redefinición de las políticas sociales—, tarea que aún exhibe magros resultados en numerosas naciones latinoamericanas y caribeñas: “A pesar de los importantes avances registrados en muchos países en materia de institucionalidad política y administración fiscal, en general estos siguen siendo insuficientes para que los Estados de la región puedan enfrentar sólidamente los desafíos del entorno nacional e internacional del cambio de siglo” (CEPAL, 1998, p. 8). Asimismo, en este decenio se logró una mayor estabilidad macroeconómica —cuyos equilibrios básicos fueron profundamente afectados durante la década perdida— y una recuperación de la senda del crecimiento: el PIB creció a una tasa media anual de 3.5% entre 1990 y 1997, las exportaciones tuvieron un incremento sostenido, la productividad del trabajo adquirió un signo positivo (aunque de monto modesto) y la inflación se redujo notablemente (Ramos, 1998). No obstante lo anterior, la vulnerabilidad de la región frente a turbulencias financieras externas, desajustes productivos y sociales internos y desastres naturales y provocados por la intervención humana introduce un margen de incertidumbre sobre el carácter sostenido de esta reactivación económica, que, por lo demás, se produjo en el marco de una persistente heterogeneidad entre los países.

En los primeros siete años de la presente década, la mayoría de los países de la región experimentó un crecimiento del ingreso per cápita, pero su distribución sigue siendo muy desigual (CEPAL, 1998, *Panorama Social 1997*). El modelo de economía abierta de mercado significó un conjunto de cambios en la esfera del empleo, entre los que destacan la desregulación de las relaciones contractuales, la desconcentración de los procesos productivos en el sector moderno (con aumento de la subcontratación de funciones) y la transferencia de puestos de trabajo del sector público al privado. Aunque se supuso que estos cambios conducirían a un uso más eficiente de los recursos humanos, y que redundarían —a corto y mediano plazo— en un aumento de la productividad y en una elevación de los salarios, la evidencia disponible sugiere efectos menos alentadores, ya que el salario real —pese a una leve recuperación— todavía se sitúa por debajo del valor que tenía en 1980 y el desempleo y el subempleo, no obstante el crecimiento del producto, no muestran signos claros de abatimiento.

Un hecho destacado fue la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, estimulada, entre otros factores, por el aumento de sus niveles de educación y por la reducción de la fecundidad, hechos que indudablemente favorecen la capacidad de la

mujer para adoptar decisiones en las diversas esferas de la vida.<sup>2</sup> Sin embargo, hay indicios de que este aumento de la participación laboral femenina se logró bajo el signo de persistentes inequidades de género, entre cuyas expresiones se encuentran una sobrerrepresentación en actividades de baja productividad, mayores niveles de subutilización de la mano de obra, salarios promedio más bajos que los de los hombres y mayor inseguridad en el trabajo. Además, esta creciente inserción laboral femenina no se vio acompañada de una mayor igualdad entre hombres y mujeres en la realización de sus potencialidades individuales, en especial en lo que atañe a la adquisición de poder político.

Si bien durante el decenio de 1990 la pobreza se redujo moderadamente en varios países, en otros se estancó o se agravó (Morley, 1997). Esta persistencia de la pobreza se vincula con la insuficiencia de los sectores económicos de más alta productividad para absorber la oferta de fuerza de trabajo; incluso más, la segmentación existente en estos sectores da lugar a que una parte de los trabajadores no vea reflejada su mayor productividad en sus salarios. Estas rigideces —junto con otros factores, como el ordenamiento de prioridades de los gobiernos, la histórica desigualdad en la distribución de los activos y el capital humano y los bajos retornos de la educación pública para los pobres— explican la persistencia de agudas inequidades en la distribución del ingreso. Así, pese al consenso en que la calificación de los recursos humanos es un requisito fundamental para superar las condiciones de pobreza y para elevar la productividad global de la economía, la débil generación de puestos de trabajo compatibles con esa mayor calificación obstaculiza tal logro.

## **2. El panorama demográfico**

La reorientación económica y sus repercusiones sociales no parecen haber afectado mayormente el curso de los procesos de transición demográfica de los países de la región. La esperanza de vida al nacer se ha seguido elevando y se estima que en 1997 llegaba a los 67 años para los hombres y 73 para las mujeres. Sin embargo, se ha acentuado la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas —cuyo tratamiento suele ser difícil y costoso— en el perfil de morbilidad de la población. La mortalidad infantil mantuvo su tendencia descendente en la región y en la actualidad se estima en 35 por cada mil nacidos vivos, guarismo que, en todo caso, cuadruplica al de Cuba, que registra la menor tasa de mortalidad infantil en América Latina. La fecundidad siguió su caída y su nivel se estima en 2.7 hijos por mujer. Aun cuando estas tendencias son, en general, compartidas por los países, aquellos que iniciaron más tardíamente sus transiciones demográficas (Guatemala, Bolivia, Haití, Nicaragua, Honduras, Paraguay) todavía tienen TGF superiores a 3.5 hijos por mujer, lo que explica sus tasas más elevadas de crecimiento natural (indicador que en Nicaragua se eleva al 3% anual). No menos importante es la persistencia de agudas diferencias entre los indicadores demográficos según estratos sociales y grupos étnicos dentro de los países; por ejemplo, las

---

<sup>2</sup> Corresponde señalar que esta mayor participación laboral de las mujeres se asocia también con un incremento de la jefatura de hogar femenina, sobre todo en el Caribe.

estimaciones para el primer quinquenio de la década muestran que las mujeres bolivianas sin instrucción (con una TGF de 6.5 hijos por mujer) tenían casi cuatro hijos más que aquellas con educación secundaria o superior (2.7). Las brechas persisten incluso en países más avanzados en la transición, y ese es el caso de Brasil, en donde en 1997 las mujeres con menos de 4 años de estudio duplicaban el número medio de hijos de aquellas con ocho o más años de instrucción.

El avance de la transición demográfica en la región ha conllevado un gradual envejecimiento de la estructura por edad de la población, lo que se expresa en una relativa estabilización del número de nacimientos anuales —y en la consiguiente atenuación del ritmo de crecimiento de la población en edad escolar—, un incremento de la proporción de la población de adolescentes y jóvenes (15 a 29 años) —que todavía se expande rápidamente debido a los altos índices de natalidad del pasado (“inercia demográfica”)— y en un aumento acelerado del porcentaje de población de edades mayores. Como resultado, tanto la población en edad de trabajar como las mujeres en edad fértil, pese a la progresiva desaceleración de sus tasas de incremento, ganaron peso relativo dentro del conjunto demográfico. De esta tendencia surgen importantes desafíos en materia de generación de empleo y de atención de la salud reproductiva y sexual, ámbitos a los que el Programa de Acción (PA) de la CIPD asigna gran relevancia y respecto de los cuales el último informe sobre el Estado de la Población Mundial (FNUAP, 1998) identifica necesidades prioritarias. Como la población de la "tercera edad" es la que crece más rápidamente —tanto por la transición demográfica como por la epidemiológica—, otro reto es el que atañe al logro de una equidad intergeneracional compatible con los objetivos concordados en el PA de la CIPD en cuanto a valorizar a los ancianos, enfrentar sus fuentes de vulnerabilidad y fortalecer el papel de las familias y de las comunidades para asumir la atención de las personas de edad, en particular de las mujeres, que son una proporción mayoritaria de este segmento. A raíz de la heterogeneidad en la transición demográfica, estos cambios en la estructura etaria difieren entre los países y dentro de ellos. Así, en algunos países el número de nacimientos aún no se estabiliza, lo que impone exigencias adicionales en el campo de la educación y de la salud materno-infantil. Además, el proceso de envejecimiento presenta especificidades socioterritoriales marcadas —como las existentes en varias áreas metropolitanas con barrios claramente envejecidos—, que deben considerarse en el diseño de política y programas.

La migración internacional en la región se ha ordenado tradicionalmente en torno a tres grandes patrones: (i) la inmigración extrarregional —en especial de origen europeo—, que disminuyó en términos absolutos; (ii) la migración intrarregional —en algunos casos con un marcado carácter fronterizo— cuya intensidad tendió a decrecer en los últimos decenios y, (iii) la emigración extrarregional —dirigida mayormente a los Estados Unidos y originada principalmente en México, Centroamérica y en varios países del Caribe—<sup>3</sup>, que registra un aumento sostenido, con consecuencias contrastantes para los países y las

---

<sup>3</sup> Hay también otras corrientes —algunas de ellas más bien históricas, como la de nacionales de pequeños estados insulares del Caribe hacia las antiguas metrópolis europeas, y otras novedosas, como la de brasileños y peruanos a Japón— pero su significación cuantitativa es escasa.

comunidades, como las remesas que envían los y las emigrantes y la pérdida de recursos humanos calificados.<sup>4</sup> La migración internacional, sobre todo la realizada al margen de los procedimientos oficiales, suele provocar desencuentros entre países receptores y emisores. En la mayoría de los casos, esto obedece a que los primeros otorgan prioridad a su jurisdicción sobre actos que desde su perspectiva son ilegales, y a que los segundos privilegian los derechos humanos de sus ciudadanos, quienes, además de realizar un aporte real en el país de destino, se ven, hasta cierto punto, empujados a la migración indocumentada por las restricciones existentes a la movilidad de los recursos humanos. Un problema más específico es la presencia de organizaciones, muchas veces de corte criminal, que lucran con los migrantes, tanto por transportarlos como por entregarlos a empleadores en el país de destino. Por otra parte, la envergadura y la condición habitualmente permanente del traslado (de la residencia) que tienen algunas corrientes migratorias —por ejemplo, el flujo de mexicanos hacia algunas ciudades del suroeste de los Estados Unidos— favorecen su reproducción; en efecto, los migrantes más antiguos conforman redes de apoyo sociocultural y económico que facilitan la incorporación de nuevos migrantes y operan como factores de atracción para otros. Si a lo anterior se añade el escaso éxito de los programas destinados a favorecer la migración de retorno en los países expulsores de la región, puede concluirse que la emigración desde América Latina probablemente se mantendrá en niveles altos en el futuro inmediato. En virtud de la creciente gravitación de la migración internacional, propia de un contexto favorable a la circulación más expedita de los factores productivos, se hace necesario —como lo especifica el PA de la CIPD en su párrafo 10.2— articular consensos entre los países en procura de maximizar sus efectos positivos y morigerar los negativos.

Durante el decenio de 1990, la población latinoamericana y caribeña siguió fortaleciendo su perfil urbano; los cálculos más recientes indican que todo el crecimiento demográfico previsto para la región durante esta década se localizará en zonas urbanas y que la región llegará a tener un 76% de población urbana hacia el año 2000. La pérdida de peso relativo de la población rural contrasta con sus precarias condiciones de vida, sus rezagos socioculturales y sus pautas de asentamiento disperso; estas últimas dificultan la provisión de servicios sociales y el contacto con los centros productivos y de consumo. Junto con la consolidación de los núcleos urbanos, la población regional ha continuado desplazándose hacia territorios hasta hace poco prácticamente deshabitados. La tendencia histórica a la concentración demográfica en la ciudad principal se desaceleró en varios países de la región y se observa un crecimiento más rápido de las ciudades secundarias o intermedias (de 50 mil a un millón de habitantes), cuyas ventajas comparativas se deben a su dinamismo productivo y a que permiten gozar de los beneficios de la vida moderna sin la presencia de algunos de los problemas que afectan a las metrópolis. El cambio en la tendencia no ha logrado evitar la formación de megalópolis, cuyo crecimiento actual

---

<sup>4</sup> Durante la crisis de los años ochenta, las remesas se elevaron considerablemente y en 1989 fueron equivalentes al 15% del PIB en El Salvador y al 3% en Guatemala y Nicaragua. En el caso de El Salvador, las remesas habrían seguido aumentando y se estima que en 1995 equivalían al 18% del PIB. Por otra parte, la pérdida de recursos humanos calificados es puesta en evidencia por el hecho de que los niveles de educación de los y las migrantes hacia los Estados Unidos son superiores a los de la población de sus países de origen (Escobar, 1998; OIM/CEPAL/CELADE, 1998).

depende más del incremento vegetativo de su población que de los flujos migratorios; su extensión física y su tamaño demográfico —en conjunción con otros factores— han resultado en serios problemas sociales y ambientales. Tal situación exige, como lo señala el PA de la CIPD, mejorar la gestión de las aglomeraciones urbanas mediante una planificación más participativa (párrafo 9.3) y proseguir con los esfuerzos de descentralización.

En años recientes se hizo patente el serio costo ecológico que conlleva el poblamiento y la explotación de ecosistemas frágiles, incluso de aquellos con muy baja densidad demográfica. Otros casos de daño ambiental asociado con la distribución espacial de la población corresponden a zonas de vocación agrícola y de poblamiento antiguo que, a raíz de su crecimiento demográfico y de la concentración de la propiedad de la tierra, vieron intensificada su explotación hasta límites no sustentables (CELADE, 1995). De ello se desprende la necesidad de diseñar políticas especialmente dirigidas a las zonas ecológicamente vulnerables (PA de la CIPD, párrafo 3.29).

### **3. La población en la agenda actual del desarrollo**

Una de las paradojas de los años noventa es que, junto con la consolidación de un nuevo modelo de desarrollo basado en el libre mercado como mecanismo básico de asignación de recursos, se reforzó la convicción de que el simple juego de la oferta y la demanda no constituye un mecanismo idóneo para erradicar la pobreza —condición elemental para lograr una creciente equidad social— ni para asegurar un desarrollo ambientalmente sustentable. De allí que exista consenso —compartido por los gobiernos, los organismos internacionales e importantes actores de la sociedad civil— en que la sostenibilidad y la sustentabilidad del desarrollo exigen un enfoque integrado y sistémico. El aumento del nivel de bienestar de la población —objeto primario del desarrollo— resulta de múltiples factores, como la vigencia de los derechos humanos, el carácter democrático de los regímenes políticos, ciertos niveles mínimos de equidad y solidaridad social y, claramente, el crecimiento de la disponibilidad de bienes y servicios materiales (y su accesibilidad por parte de todos los sectores de la población), que sólo puede provenir del aumento de su producción —es decir, del crecimiento económico—, cuyas precondiciones son la estabilidad macroeconómica, un papel eficiente y activo del Estado y una adecuada infraestructura de apoyo. Dado el avanzado grado de interconexión entre las economías nacionales y el proceso de globalización, otra precondición del crecimiento —cada vez más importante— es que las economías nacionales aumenten su competitividad internacional. El carácter cambiante de la situación de los mercados mundiales hace necesario un esfuerzo constante para afianzar la competitividad; es obvio que esta no puede basarse en la sobreexplotación de los recursos naturales ni en la depresión de los salarios ni en devaluaciones sucesivas sino más bien en la introducción de mejoras tecnológicas que contribuyan a incrementar la productividad de los factores. Como el cambio tecnológico actual es predominantemente sistémico, su utilización exige la intervención de diversos agentes (empresas, organismos de investigación, universidades, etc.) y que su difusión se extienda en todo el sistema productivo, lo que implica contar con recursos humanos capaces de comprender y aprehender el cambio. Por

ende, sin una calidad compatible de recursos humanos no hay cambio tecnológico que pueda ser implantado eficazmente.

Los recursos humanos no son otra cosa que la población, y —más allá de que el aumento de su bienestar es el objetivo último del desarrollo— su participación en la incorporación del cambio técnico hace que, en mercados laborales que reflejen la productividad, todos tengan título para participar en las ganancias que tal cambio produce, lo que contiene un sesgo en favor de la equidad. En otros términos, el desarrollo económico y social como ha sido concebido en las recientes conferencias internacionales —la CIPD, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, entre otras— no puede resultar del mero establecimiento de enclaves (tanto productivos como sociales) de riqueza dentro de territorios de pobreza sino que debe ser el fruto de un conjunto de medidas que permitan perseguir simultáneamente crecimiento y equidad, por lo que las políticas económicas y sociales no pueden constituir mundos separados sino aspectos operacionalmente distinguibles de una sola política pública integrada.

Son varias las interacciones que se establecen entre la población y el desarrollo, entendido éste como un proceso de transformación productiva con equidad social (CEPAL/CELADE, 1996). Ya se indicó que la actividad económica en condiciones de alta productividad requiere recursos humanos de similar calidad, lo que exige superar rezagos en materia de educación, capacitación laboral y salud. Estos rezagos, que repercuten en la distribución del ingreso, se manifiestan también en algunas variables demográficas claves, como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad en la niñez, que muestran enormes diferencias entre pobres y no pobres o entre grupos étnicos; los grupos más desfavorecidos presentan tasas de mortalidad infantil que llegan hasta cuadruplicar las correspondientes a los grupos socioeconómicos altos.

La fecundidad también varía según estratos sociales y, como lo revelan las encuestas demográficas y de salud de varios países de la región, las mujeres de menor escolaridad registran una alta proporción de fecundidad no deseada, consecuencia tanto de carencia de información como de acceso a servicios apropiados de salud reproductiva y sexual. La importancia de estas diferencias estriba en que la alta fecundidad contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza, pues los niños nacidos en hogares pobres se desarrollan en condiciones desfavorables en materia de nutrición y atención, cuidados de salud y educación; de este modo, al llegar a adultos, estarán en malas condiciones para acceder a ocupaciones de alta productividad y tenderán a repetir la condición de bajos ingresos de sus progenitores. Este ciclo se refuerza cuando el número de niños en los hogares pobres es relativamente alto, ya que lo que cada uno de ellos recibe en nutrición, educación, etc. es proporcionalmente menor. Más aun, y como consecuencia de su llegada a la adultez en situación de pobreza, es posible que reproduzcan las pautas de fecundidad de sus padres.<sup>5</sup> Aunque estas pautas no son el principal mecanismo responsable de la

---

<sup>5</sup> Cabe añadir que los hogares pobres, además de una fecundidad más alta, presentan una mayor incidencia de la fecundidad temprana (adolescente). Asimismo, en ellos es mayor la frecuencia de unidades familiares con mujeres solas como jefas de hogar, situación que también favorece la transmisión intergeneracional de

aparición y reproducción de la pobreza, ellas configuran una de las formas de transmisión intergeneracional de la pobreza.

Las condiciones del contexto socioedemográfico regional involucran restricciones y potencialidades para el cumplimiento de las recomendaciones y compromisos contraídos en la CIPD. Entre los numerosos obstáculos que se interponen a esta tarea se encuentran la pertinacia de la pobreza, la insuficiente generación de puestos de trabajo (en particular en los sectores de mayor productividad), los marcados rezagos en materia de equidad social y de género, la vulnerabilidad del crecimiento económico, las limitaciones al ejercicio pleno de los derechos de los individuos y el peso de las inercias socioculturales e institucionales. Sin embargo, las nuevas concepciones del desarrollo y el reconocimiento de sus vínculos interactivos profundos con la población —en materia de recursos humanos, equidad social y sustentabilidad ambiental— abren un amplio espacio para avanzar en la senda trazada por el PA de la CIPD. En este sentido, los países de la región han emprendido esfuerzos importantes, como las medidas destinadas a modernizar el papel del Estado, la racionalización del gasto social, la profundización de las iniciativas de descentralización, la revalorización de las formas democráticas y el reconocimiento de la importancia crucial del respeto irrestricto al libre ejercicio de los derechos de las personas.

---

la pobreza. Por último, la composición etaria de los hogares pobres resulta en una reducción de los presupuestos familiares per cápita e induce el trabajo infantil como estrategia de supervivencia (CEPAL/CELADE, 1996).

## II. PROGRESOS Y OBSTÁCULOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD EN LA REGIÓN

En este capítulo se examinan los avances y obstáculos encontrados en la ejecución del PA de la CIPD en los países de América Latina y el Caribe, abarcando seis áreas: i) la integración de la población en el ámbito de las políticas públicas, ii) la equidad de género y la habilitación de la mujer, iii) los derechos reproductivos y sexuales y la salud reproductiva y sexual en función de la equidad social, iv) el papel de la sociedad civil, v) el papel de la asistencia internacional y, vi) el seguimiento de los progresos en el cumplimiento de los objetivos convenidos en la CIPD.

### 1. Población y políticas públicas

A la fecha de la CIPD —y en concordancia con los acuerdos adoptados en los foros intergubernamentales sobre población celebrados en Bucarest (1974) y México (1984)— los países de la región disponían de diversos arreglos institucionales destinados a impulsar tanto la incorporación técnica de las variables demográficas en la planificación del desarrollo como el diseño y puesta en práctica de políticas de población. Los debates suscitados por la CIPD, aunados a los cambios en el escenario internacional y a las modificaciones del contexto sociodemográfico regional, propiciaron el surgimiento de nuevas modalidades institucionales destinadas a integrar las variables sociodemográficas en las políticas y programas de desarrollo.

Si bien algunos de esos cambios obedecieron a restricciones operativas resultantes tanto de limitaciones en los recursos monetarios y humanos del sector público como de la reorientación de la cooperación internacional en materia de población, en su mayoría se trataba de intentos deliberados que buscaban una mejor articulación entre las intervenciones en el campo de la población y las restantes políticas públicas —en particular aquellas destinadas a erradicar la pobreza y las inequidades sociales y de género y a asegurar el ejercicio de los derechos ciudadanos. En general, con estos cambios se buscó lograr un uso más eficiente y concreto del conocimiento y la información sociodemográfica en los nuevos enfoques de gestión pública, que incluyen esquemas de programación estratégica, descentralización administrativa y focalización del gasto público.

Tales tendencias son, en general, congruentes con los objetivos del PA de la CIPD en cuanto a " ... *integrar plenamente los factores demográficos en: (a) las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles y en todas las regiones, con la finalidad de satisfacer las*

*necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras"; (b) todos los aspectos de la planificación del desarrollo ... ” (PA de la CIPD, párrafo 3.4).<sup>6</sup>*

El reemplazo de las antiguas modalidades de planificación del desarrollo por el diseño de estrategias y políticas multisectoriales permitió concentrar la acción pública en la promoción del desarrollo social y la erradicación de la pobreza. Si bien esta aproximación facilita una integración explícita de las variables demográficas en la programación del desarrollo, las dificultades políticas y técnicas para articular un consenso entre los distintos actores sociales relevantes respecto de una imagen objetivo de los escenarios deseables en materia de población —y sobre los medios apropiados para alcanzarlos— han obstaculizado dicho propósito. No obstante, se lograron progresos en la incorporación operativa de las variables demográficas en políticas y programas específicos.<sup>7</sup> Las limitaciones encontradas para integrar las variables demográficas en los programas de intervención pública han sido algo menores en ámbitos más desagregados, como los sectoriales y los locales.

Las estimaciones y proyecciones de población representan un insumo indispensable para estimar la magnitud de las necesidades y demandas sectoriales futuras —en rubros como

---

<sup>6</sup> Brasil, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago son algunos de los países que lograron avances en materia institucional. En 1995, Brasil estableció una Comisión Nacional de Población y Desarrollo, con representantes de diez ministerios y expertos de instituciones académicas y de organismos de la sociedad civil (entre ellos varias de mujeres) que participan a título personal. A su vez, en Jamaica, luego de adecuar la política de población a las directrices de la CIPD, se decidió reemplazar el Comité Intersectorial Coordinador de la Política de Población por una Comisión de Población y Desarrollo que, con un carácter técnico, abarcará el amplio ámbito del desarrollo sustentable. Por su parte, Nicaragua instituyó en 1997 una Comisión Nacional de Población vinculada al Gabinete Social, cuya principal función es coordinar la aplicación de la política de población que fue ratificada en 1998. En Panamá, el Gabinete Social incorporó, como ente asesor, al Comité Técnico de Población (COTEPO), que entre otras funciones sirve de instancia de discusión, formulación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en aspectos de población y desarrollo. En Perú se creó el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), que asumió la responsabilidad de formular y poner en práctica el Plan Nacional de Población 1998-2002; además, se constituyeron la Comisión Nacional de Coordinación de dicho Plan, compuesta por ocho representantes de rango viceministerial, y una Mesa Tripartita —con participación del Gobierno, las ONG, entidades académicas y organismos internacionales— para efectuar un seguimiento del PA. En 1996, Trinidad y Tabago aprobó una Política Nacional de Población. En otros países, en lugar de establecer nuevas instituciones, se consolidaron los organismos existentes antes de El Cairo. Tal vez el caso más notable sea México, cuyo Consejo Nacional de Población diseñó un Programa Nacional de Población para el período 1995-2000, en cuya ejecución participan los Consejos Estatales de Población (COESPOs), dependientes de los Gobernadores de las entidades federativas. A su vez, en Bolivia los asuntos de población fueron incorporados como una dimensión transversal en los cuatro “pilares” (oportunidad, equidad, institucionalidad y dignidad) del Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002.

<sup>7</sup> En este sentido, cabe mencionar el caso de Perú, que consideró explícitamente la falta de acceso de los pobres a los servicios de salud reproductiva como un componente importante de la inequidad social. Por otro lado, varios países —como El Salvador, Jamaica, Nicaragua y Panamá— incluyeron componentes de población en sus políticas de desarrollo social. Incluso, las políticas y programas de algunos de los países que no cuentan con políticas explícitas de población —como Bolivia— guardan coherencia con los principios rectores de la CIPD.

la salud, la seguridad social, el empleo, la educación, la vivienda y la infraestructura— y para evaluar la cuantía de los recursos que será necesario movilizar para su atención; esta evaluación se ha visto facilitada por los avances en el conocimiento de las interacciones específicas de la población y los objetos sectoriales (CEPAL/CELADE/BID, 1996). Asimismo, la disponibilidad de información sociodemográfica según diversos niveles de desagregación geográfica —posibilitada por el desarrollo de nuevos sistemas de procesamiento de datos, como REDATAM y ZonPlan— ha contribuido a que las autoridades subnacionales, en especial las municipales, puedan cumplir las nuevas tareas, por ejemplo, de diseño y seguimiento de programas sociales, administración de servicios y focalización de recursos, que les han sido asignadas en los procesos de descentralización de la gestión pública emprendidos en la mayoría de los países de la región.<sup>8</sup>

Si bien se han alcanzado progresos en materia de manejo y uso de información sociodemográfica en la programación del desarrollo, todavía resta mucho por hacer para lograr una genuina institucionalización de esta práctica. En particular, es necesario redoblar los esfuerzos por mejorar las fuentes de datos básicos (censos y encuestas) y los sistemas de procesamiento apropiados para un empleo eficiente y funcional de aquella información; de igual modo, los mecanismos existentes deben ser puestos a tono con la necesidad de una oportuna y amplia difusión de los datos sociodemográficos. Sin embargo, estos esfuerzos serán vanos si no se cuenta con los recursos humanos idóneos para el complejo ejercicio de incorporación del conocimiento e información sociodemográficos en las políticas y programas de desarrollo. En virtud de una sostenida labor de capacitación, algunos de los países de la región disponen actualmente de una masa crítica de profesionales y técnicos entrenados en temas de población; tal estrategia de formación de recursos humanos debe hacerse extensiva a los demás países. Por cierto, los avances futuros en este campo dependerán tanto de la renovación de las cohortes de especialistas como de su permanente perfeccionamiento, lo que es una condición *sine qua non* para adecuar las intervenciones en materia de población a los lineamientos del PA de la CIPD. Especial importancia reviste la obtención de un efectivo respaldo para la realización de los censos nacionales de población y vivienda de la ronda de la década del 2000; la información que suministren estos censos será fundamental para atender las necesidades de la población y para asumir el cumplimiento de los objetivos del PA de la CIPD.

## **2. Equidad de género y habilitación de las mujeres**

---

<sup>8</sup> Son múltiples las iniciativas en este campo que aprovecharon la disponibilidad de bases de datos censales en formato REDATAM. En Chile, por ejemplo, se entregaron bases de microdatos censales a todas las municipalidades del país. La Municipalidad de San Pedro Sula, Honduras, estableció un sistema de información local con una amplia base de datos, el que también es utilizado por el sector privado, hecho que permite su autofinanciamiento. Con el apoyo del FNUAP, las experiencias de San Pedro Sula están siendo usadas en otros países de la subregión, como Guatemala, Nicaragua y Panamá. En Brasil, la Superintendencia de Desarrollo del Nordeste ha promovido el uso de la información sociodemográfica en los departamentos de planificación de los municipios más pobres del país.

Durante el decenio de 1990 continuó con vigor el proceso de toma de conciencia pública sobre la discriminación histórica contra la mujer en las naciones de América Latina y el Caribe, lo que se ha expresado en cambios legislativos y jurídicos, en el establecimiento de instituciones (gubernamentales y no gubernamentales) y en la adopción de políticas y programas, todas ellas medidas destinadas a mejorar la condición de las mujeres, en especial de las que viven en situación de pobreza. Entre los avances conseguidos cabe mencionar las crecientes tasas de escolarización de la población femenina infantil, adolescente y joven, que en la mayoría de los países superan a las de los varones; la sostenida incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y la reducción, en algunos países, de la brecha salarial entre hombres y mujeres para ocupaciones similares.

Las organizaciones de mujeres, potenciadas por los avances en la democratización, han jugado un papel crucial en este proceso, que ha estado orientado por dos principios fundamentales del PA de la CIPD: la habilitación de las mujeres y la equidad de género. La habilitación se refiere tanto a la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como al fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político en favor de una efectiva igualdad de derechos, oportunidades y resultados. La equidad de género apunta a sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos; implica, por tanto, una profunda transformación cultural que redefina los patrones de interacción entre mujeres y hombres en la familia, la escuela, el trabajo y la vida cultural y política, flexibilizando los roles sociales de género y asumiendo la diversidad sociocultural.

Como respuesta a la creciente preocupación de las sociedades latinoamericanas y caribeñas por las manifiestas inequidades de género, algunos países han creado ministerios encargados de los asuntos relacionados con la mujer.<sup>9</sup> En coherencia con las orientaciones del PA de la CIPD, estas secretarías de Estado han dado prioridad en su agenda a asuntos como la violencia intrafamiliar, el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales y la provisión de servicios de salud reproductiva y sexual idóneos. Otros países optaron por fortalecer los Institutos Nacionales de la Mujer, que suelen estar abiertos a la participación de instituciones de la sociedad civil.<sup>10</sup> Por cierto, junto con la instalación de estos organismos se han formulado políticas y programas nacionales para el fortalecimiento de la condición de la mujer y la igualdad de oportunidades.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Así, por ejemplo, en 1996, Perú estableció el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) y Panamá creó, en 1997, el Ministerio de Juventud, Mujer, Niñez y Familia.

<sup>10</sup> Estos arreglos institucionales se pusieron en práctica en varios países centroamericanos y en Ecuador. En Costa Rica, junto con el Instituto Nacional de las Mujeres, se crearon oficinas ministeriales y sectoriales de la mujer en diversas dependencias gubernamentales.

<sup>11</sup> En Bolivia, por ejemplo, se promulgó recientemente (octubre de 1997) el Decreto Supremo 24648, que establece la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. En Venezuela se formuló, con el concurso de varios ministerios y ONG, el Plan Nacional de la Mujer para el quinquenio 1998-2003.

En años recientes la mayoría de los países de la región ha adoptado legislaciones para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. La "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer" (1995) y la legislación modelo preparada por la CARICOM para los países del Caribe son hitos importantes en este camino. La aplicación de esta legislación consistió en el establecimiento de tribunales de familia, de clínicas jurídicas, comisarías o cuerpos especiales de policías entrenados para atender denuncias de violencia intrafamiliar, fiscalías especiales para la mujer y el menor desprotegido y centros municipales de defensa del niño y del adolescente. También se ha legislado para prevenir y sancionar el acoso sexual. En cuanto a legislación sobre violencia sexual contra las niñas, una evaluación reciente realizada en cinco países (Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú) concluye que en tres de ellos se lograron avances después de la CIPD y que en los dos restantes se está tramitando una nueva legislación; sin embargo, al menos en cuatro de esos países persisten insuficiencias reglamentarias (RSMLAC, 1998). Por su parte, la Oficina de UNIFEM en Barbados viene efectuando, desde fines de 1997, una campaña en favor de una vida libre de violencia contra las mujeres (*Women's Human Rights Campaign: A life free of violence*) en la que participan veintiún países del Caribe.

Otras medidas legales que contribuyeron a la equidad de género en algunos países de la región son las que apuntan a: fortalecer la paternidad responsable, establecer la igualdad de derechos entre los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio, autorizar el uso de tecnología avanzada para determinar la filiación biológica y hacer más expeditos y efectivos los juicios por pensiones alimenticias. En el ámbito político institucional, numerosos países (entre ellos Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) incorporaron a su legislación electoral disposiciones tendientes a asegurar un mínimo de participación de mujeres entre los candidatos a elecciones populares; esta participación mínima llega a un 40% en el caso de Costa Rica y fluctúa entre un 20% y un 30% en los demás países. Sin embargo, este sistema de cuotas electorales no garantiza, por sí sólo, una representación equitativa de varones y mujeres en los cargos de designación popular. Las "acciones afirmativas" debieran ir acompañadas por un proceso de formación de liderazgo entre las mujeres y por campañas efectivas en favor de la igualdad de oportunidades en las esferas políticas.

La habilitación de la mujer exige, entre otros aspectos, que se satisfagan sus necesidades de atención de salud reproductiva y sexual. Su participación en los programas pertinentes —de los cuales son beneficiarias principales, que no únicas— atañe al diseño, gestión y seguimiento de los mismos. Este involucramiento, que puede constituir un componente de los propios programas o resultar de la acción de vigilancia y supervisión de la comunidad, debe asegurar que la provisión de los servicios considere las prioridades de todos los grupos de mujeres, en particular de las pobres —que constituyen la mayoría de las usuarias— y de las adolescentes, frecuentemente carentes de espacios para expresar sus preocupaciones. Aunque se han conseguido avances importantes en esta materia mediante acciones que tienden a asegurar una mayor injerencia de las mujeres en estos programas o con mecanismos que propicien la intervención de ONG de mujeres en el

diseño y planificación de las actividades en el campo de la salud reproductiva y sexual<sup>12</sup>, todavía existen rezagos y son numerosos los países en que estas iniciativas aún no se ponen en práctica.

Como la habilitación de la mujer compete a varones y mujeres, la superación de las inequidades de género exige un cambio generalizado de mentalidad y así lo reconoce el PA de la CIPD: “*Los cambios de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de hombres y mujeres constituyen una condición necesaria para el logro de una colaboración armoniosa entre hombres y mujeres*” (párrafo 4.24). Diversos estudios señalan que tal cambio de mentalidad se ve dificultado porque en los países de la región existe un “modelo patrifocal o androcéntrico” que está incorporado en la subjetividad de los hombres y forma parte de un patrón de relaciones de género que prevalece desde tiempos coloniales. Estos estudios revelan una conciencia creciente sobre las consecuencias negativas –para las mujeres y para los propios hombres– del paradigma tradicional de masculinidad, al tiempo que detectan el surgimiento de modelos alternativos, que incorporan, entre otros aspectos, la expresión del afecto y la emocionalidad por parte de los varones y su participación en actividades de la reproducción y del hogar que son consideradas tradicionalmente femeninas (IPPF/AVSC, 1998).<sup>13</sup> En este sentido, muchos países incorporaron un enfoque de género en los programas nacionales de educación sexual con el propósito de fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad y la paternidad; en algunos casos también se usan estrategias educativas para la población masculina adulta<sup>14</sup>. En años recientes surgieron grupos de hombres que, sin alcanzar un protagonismo como el de las organizaciones de mujeres,

---

<sup>12</sup> Algunos ejemplos de estos mecanismos de participación son: la Comisión Intersectorial de Mujeres en Salud del Consejo Nacional de Salud de Brasil, establecida en 1997 y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva de México, en el que participan organismos de gobierno y ONG. Otros países están diseñando los mecanismos correspondientes; es el caso de Perú, cuyo Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar contempla el seguimiento local por ONG de mujeres. Sin embargo, esta apertura ha encontrado obstáculos. Uno de ellos es la resistencia a cambiar la modalidad vertical de planificación y administración de los servicios, que suele excluir a las instituciones de la sociedad civil. Otro obstáculo es la reticencia de las ONG de mujeres para incorporarse en instancias dirigidas por gobiernos con los que discrepan; como contrapartida, algunos gobiernos han sido refractarios a involucrar a las ONG.

<sup>13</sup> Muchos países caribeños han adoptado nuevas medidas para propiciar una conducta sexual y reproductiva más responsable de los hombres, incentivándolos —mediante programas de información y educación y leyes de apoyo a los niños— a que asuman un papel más activo en el ámbito familiar. Con iguales propósitos, la Family Planning Association de Barbados organizó un foro público llamado *Men talking to Men*, en Jamaica se estableció el programa *Fathers Incorporated* y en Perú se pusieron en práctica programas de consejería destinados a fomentar una participación más activa de los hombres en la planificación familiar.

<sup>14</sup> Por ejemplo, el Programa Nacional de Maternidad y Paternidad Consciente de Cuba contempla la educación conjunta de las mujeres y sus parejas en diversos aspectos de la salud reproductiva; Paraguay tiene un Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar para el contingente de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Cabe mencionar, además, los programas de apoyo a los hombres (*Male Support Programmes*) —que incluyen información, educación, consejería y servicios— organizados por el Ministerio de Cultura y Asuntos de Género de Trinidad y Tabago con la colaboración de ONG.

buscan reemplazar el modelo tradicional de dominación masculina por otro de cooperación, compañerismo y responsabilidad compartida.<sup>15</sup>

### **3. Derechos reproductivos y sexuales, salud reproductiva y sexual y equidad social**

#### *3.1. Avances en materia de legislación y programas sobre derechos reproductivos y sexuales*

El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para tales fines es ampliamente reconocido por los países de la región desde la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest (1974). Este reconocimiento se expresa en la Constitución Política de algunos países, en leyes de población, en políticas de población, en los planes de salud o en los programas nacionales de planificación familiar. El PA de la CIPD es un salto cualitativo en esta materia, pues apoya una nueva estrategia que enfatiza la relación integral entre la población y el desarrollo y “se concentra en responder a las necesidades de hombres y mujeres como individuos, en lugar de lograr sólo metas demográficas” (Sadik, 1995). El nuevo concepto de salud reproductiva y sexual forjado en la CIPD entraña un progreso sustantivo: por primera vez se concuerda en que “*los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso*” (PA, párrafo 7.3). Este nuevo concepto va más allá de la planificación familiar, pues amplía el horizonte de aquellos derechos a todo el ámbito de la reproducción, la sexualidad y las relaciones de género.

Luego de la CIPD, algunos países —entre ellos Antigua y Barbuda, Barbados, Brasil, Ecuador, Jamaica, México, Perú y Trinidad y Tabago— revisaron su legislación o adoptaron nuevas leyes tendientes a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales y, en ese marco, el acceso sin discriminación a los servicios de salud reproductiva y sexual.<sup>16</sup> Si bien la mayoría de los países ha asumido —al menos nominalmente— el concepto de salud reproductiva y sexual en sus políticas públicas o de salud, son pocos (Bolivia y Panamá entre otros) los que incluyen explícitamente la salud sexual como un componente importante de la salud reproductiva y sexual. Cabe destacar que la CIPD alertó sobre el riesgo de vulnerar los derechos reproductivos y sexuales que

---

<sup>15</sup> Una evaluación de las experiencias de estos grupos de hombres —para usarlas en el diseño de políticas y programas— tuvo lugar, en 1998, en la Conferencia Regional sobre la Equidad de Género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas y en el Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas, en el que se aprobó una Declaración de Hombres Contra la Violencia Contra la Mujer.

<sup>16</sup> Un caso ilustrativo es el de las reformas constitucionales de 1998 en Ecuador, que ubicaron los derechos reproductivos y sexuales junto con los derechos civiles, económicos, sociales y culturales; además, en las secciones relativas a la familia se señala la promoción de la salud reproductiva y sexual.

se presenta cuando se fijan metas cuantitativas en materia de fecundidad; en su reemplazo, enfatizó la necesidad de considerar objetivos cualitativos que promuevan la habilitación de los individuos y parejas para que adopten decisiones libres e informadas sobre el número y espaciamiento de sus hijos y respecto de los métodos anticonceptivos que les parezca apropiado utilizar. En general, esta recomendación ha sido seguida, y si bien algunos países mantienen metas demográficas en sus políticas o programas de población, han evitado presiones indebidas sobre los potenciales usuarios.

### 3.2. *Avances en materia de educación sobre sexualidad y salud reproductiva y sexual*

En la mayoría de los países de la región, se ha tendido a sustituir la visión biologista y parcial de la educación sexual, aún vigente en los años ochenta, por una concepción interdisciplinaria —que se integra de forma transversal a los currículos de educación primaria y secundaria— orientada tanto al desarrollo de actitudes y valores como a una adecuada comprensión de las nociones de género, ciudadanía y derechos reproductivos y sexuales. Un progreso importante es la introducción, en algunos países, de la educación sobre sexualidad y salud reproductiva y sexual en los programas de formación de los futuros profesores.<sup>17</sup> Asimismo, después de la CIPD, en la región se desarrollaron diversos programas de educación no formal en materia de población y salud reproductiva y sexual, habitualmente integrados a iniciativas de alfabetización, y programas innovativos dirigidos a los trabajadores —y sus familiares— de empresas, cooperativas y sindicatos, del sector formal y del informal; las ONG han jugado un papel activo en estos programas.<sup>18</sup> Por último, se ensayaron nuevos métodos educativos, coherentes con las directrices de la CIPD, que se proponen capacitar a las personas y comunidades para convertirlos en agentes dinámicos de los programas de salud centrados en la oferta a otros centrados de la demanda.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Por ejemplo, la University of the West Indies y la Family Planning Association de Trinidad y Tabago organizaron un programa de educación para la vida familiar, que se imparte en la School of Education.

<sup>18</sup> En estos programas están los trabajadores de plantaciones e ingenios azucareros y de turismo y hotelería en República Dominicana, de empresas maquiladoras en El Salvador y Nicaragua y de empresas industriales en Haití y en los estados nordestinos de Brasil. Se ha trabajado también con jóvenes que participan en programas de capacitación laboral; así, en las áreas rurales de Paraguay se entrenó a 6 000 jóvenes monitores en educación sexual y equidad de género. En Venezuela se incorporó la educación en salud sexual y reproductiva y la dimensión de equidad de género en un programa de capacitación para el empleo productivo aplicado por el Ministerio de la Juventud.

<sup>19</sup> Cabe destacar el enfoque de *educación comunitaria de resonancia para la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos*, que impulsa el desarrollo de la capacidad de los sujetos para decidir en materia de su afectividad, sexualidad y salud reproductiva, con actividades que involucran simultáneamente a la escuela, la comunidad, los servicios de salud y los medios de comunicación. En la escuela se llevan a cabo *jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad*, que alientan el diálogo entre estudiantes, profesores y padres sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, apoyados por profesionales de salud, educación sexual, psicología y orientación valórica.

El PA de la CIPD plantea: “*Velar por que se presten a las poblaciones indígenas los servicios relacionados con la población y el desarrollo que ellas consideren adecuados desde los puntos de vista social, cultural y ecológico*” (párrafo 6.24). Este predicamento es particularmente válido para la región, gran parte de cuyos pueblos indígenas viven en condiciones de marginalidad y pobreza y presenta niveles elevados tanto de fecundidad observada y de fecundidad no deseada como de mortalidad infantil. Siguiendo las directrices de la CIPD, el FNUAP puso en marcha —en Bolivia y Perú— una Estrategia Regional de Salud Reproductiva para Poblaciones Indígenas, que incluye la alfabetización bilingüe en temas de derechos y salud sexual y reproductiva.

### 3.3. *Avances en materia de servicios de salud reproductiva y sexual*

Para enfrentar las exigencias que supone la introducción y consolidación de servicios integrales de salud reproductiva y sexual es necesario —amén de ampliar la atención a todos los tramos del ciclo de la vida sexual y reproductiva, incluida la etapa adolescente— emprender una estrategia multisectorial y multidisciplinaria que propicie la participación de la sociedad civil y de los propios beneficiarios, la satisfacción de las necesidades de los grupos sociales vulnerables, la habilitación de la mujer y la equidad de género. Cabe agregar que, para ser coherente con el espíritu del PA de la CIPD, esa estrategia debe prestar pleno respeto a las convicciones de las personas y obviar toda forma de discriminación, coacción o violencia. En tal sentido, en la región se realizan importantes esfuerzos, con participación de los gobiernos, las ONG, el sector privado y organismos internacionales, que apuntan a la readecuación institucional y a la capacitación de los recursos humanos.

Numerosos países de la región revisaron sus estructuras institucionales de salud con el propósito de subsumir las instancias (preexistentes) encargadas de salud maternoinfantil y de la planificación familiar dentro de nuevas dependencias responsables de operacionalizar la concepción de salud reproductiva y sexual incorporada en el PA de la CIPD. En varios casos se formularon programas integrados de salud reproductiva y sexual, que incorporan la atención perinatal, la planificación familiar, la prevención del aborto y la atención de sus complicaciones, la prevención de ETS, ITR y del VIH/SIDA, la detección oportuna del cáncer ginecológico, la prevención de la violencia sexual y doméstica y la atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. En otros casos (como Dominica y Guyana) se incluyeron algunos componentes de salud reproductiva y sexual en los planes nacionales de salud o en los programas de salud de la mujer. Varios países están poniendo en práctica esquemas de reforma del sector salud que comprenden la descentralización de los servicios, incluidos los de salud reproductiva y sexual. La transformación institucional ha sido compleja, debido tanto al peso de las inercias burocráticas —que tienden a mantener segmentadas las prestaciones, la programación, la capacitación, el seguimiento y la evaluación— como a las debilidades de gestión.

La experiencia de los países sugiere que todavía hay una comprensión limitada del concepto de salud reproductiva y sexual, causada por la persistencia de actitudes

tradicionales en materia de género y por la oposición que este enfoque suscita entre algunos sectores de la sociedad. Se estima que una de las principales causas de la debilidad de los servicios de salud en general, y de salud reproductiva y sexual en particular, estriba en la insuficiente calificación de los prestadores de servicios. Si bien se emprendieron esfuerzos de capacitación en varios países<sup>20</sup>, persisten deficiencias —como la falta de contenidos sobre sexualidad y salud sexual, la omisión del tema central de los derechos reproductivos y sexuales y la ausencia de la perspectiva de género— que dificultan la transición hacia un enfoque de atención integral de la salud reproductiva y sexual. Una iniciativa importante para superar tales deficiencias es el Curso de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva para Centroamérica impartido por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Managua, con apoyo financiero y técnico del FNUAP.

#### *3.4. Avances en materia de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*

Desde antes de la CIPD, el embarazo en la adolescencia ha sido motivo de especial preocupación en todos los países de la región, pues tiene lugar entre personas que aún no alcanzan suficiente madurez biológica y sicosocial. También suele acarrear vetos educacionales y sociales que van en desmedro de la realización personal de las adolescentes, de su calificación para una inserción laboral productiva y las inhabilita para el ejercicio efectivo de sus derechos ciudadanos. Como la fecundidad en la adolescencia es más frecuente entre los grupos pobres, sus repercusiones negativas —para los y las progenitores y para sus hijos— comúnmente forman parte del síndrome de reproducción intergeneracional de la pobreza. La preocupación por el embarazo en la adolescencia se ve reforzada por su carácter refractario al descenso; la fecundidad de las mujeres menores de 20 años de la región disminuyó más lentamente que entre otros grupos etarios —y en algunos países incluso ha experimentado alzas—, lo que ha conllevado un incremento de su participación en la fecundidad total. Otro aspecto destacable es que la actividad sexual entre los y las adolescentes tiende a efectuarse sin resguardos, por lo que puede resultar en fecundidad no deseada, establecimiento de uniones prematuras e inestables y mayores riesgos de contraer ETS y VIH/SIDA.

Las primeras medidas adoptadas por los países de la región para enfrentar el problema del embarazo en la adolescencia se orientaron a apoyar la permanencia de las personas en el sistema educativo o a facilitar su inserción laboral. En años recientes, y sin abandonar estas medidas, el énfasis se concentró en la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual. La experiencia muestra que el mero acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud reproductiva y sexual o de planificación familiar que atienden normalmente a la población adulta es una respuesta insuficiente; por ello, varios países pusieron en práctica programas que, más allá de la atención a las embarazadas, proporcionan servicios especializados de salud reproductiva y sexual para

---

<sup>20</sup> En este sentido cabe mencionar los cursos sobre maternidad sin riesgo, tecnología anticonceptiva y diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual que se han realizado en diversos países de la región.

los y las adolescentes.<sup>21</sup> Algunos países del Caribe (Barbados, Granada, Jamaica y Trinidad y Tabago) cuentan con programas de atención a las madres adolescentes —con componentes de información, educación y comunicación—, en su mayoría gestionados por ONG. Puede concluirse entonces que luego de la CIPD se ha pasado de una etapa dominada por la preocupación a otra centrada en la acción.<sup>22</sup> Sin embargo, los avances en la dirección definida por el PA de la CIPD hacen necesario superar algunas dificultades: la cobertura aún limitada de los servicios, que tienen un fuerte sesgo urbano; la escasez de personal capacitado en la prestación de servicios de salud reproductiva y sexual para los y las adolescentes (especialmente en educación y consejería); la débil coordinación entre los organismos públicos, las agencias privadas y las ONG, y la persistencia de desacuerdos sobre el marco valórico que debiera regir la oferta de servicios.

### 3.5. *Avances en materia de maternidad sin riesgo*

La maternidad sin riesgo es un componente central del concepto de salud reproductiva y sexual adoptado por el PA de la CIPD e incluye tanto la posibilidad de disfrutar de una maternidad voluntaria y saludable como la de experimentar embarazos y partos seguros y dar a luz hijos sanos. La situación imperante en los países de América Latina y el Caribe dista de dar un pleno cumplimiento de estos objetivos fundamentales. En efecto, la persistencia de la mortalidad materna es un hecho indiscutible y preocupante, pues a pesar de ser casi en su totalidad evitable —por medio de la prevención de embarazos de riesgo y el continuo y apropiado seguimiento de las gestantes— afecta principalmente a las mujeres pobres. Aunque los problemas de identificación, clasificación y registro impiden determinar la magnitud exacta de la mortalidad materna, existen algunas estimaciones sobre su incidencia (UNFPA, 1998a). En la región como un todo se calcula que una de cada 130 mujeres se encuentra sujeta al riesgo —a lo largo de la vida— de morir por causas asociadas al embarazo y el parto, razón que supera en casi catorce veces el promedio de las naciones desarrolladas; este indicador varía considerablemente entre los países y se eleva a una de cada 26 mujeres en Bolivia (WHO, 1996). Según los datos de las encuestas demográficas y de salud levantadas en el decenio de 1990, en tres países de

---

<sup>21</sup> Este es el caso del Programa Muchachas y Muchachos del Hospital Bertha Calderón de Managua, Nicaragua; los centros de Atención al Desarrollo Integral del Adolescente del Instituto de Maternidad Percy Boland, en Santa Cruz, y del Hospital Jaime Mendoza, en Sucre (ambos en Bolivia); del Centro de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de APLAFA, en Caracas, Venezuela, y los Servicios Integrales de la Juventud (SIJUS) en Riobamba y Esmeraldas, Ecuador. En Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y República Dominicana se iniciaron programas nacionales de salud reproductiva y sexual para adolescentes. Perú cuenta con un programa de salud del escolar y del adolescente que incluye servicios de salud reproductiva y sexual.

<sup>22</sup> En octubre de 1998 se celebró en Barbados, con el auspicio de la Oficina del FNUAP para el Caribe, una Cumbre Caribeña de la Juventud, que contribuyó a despertar conciencia sobre la salud y los derechos de los jóvenes en materia de sexualidad y reproducción y que concluyó con un Plan de Acción Regional. Por otra parte, el Ministerio de Salud de Jamaica diseñó un Plan de Acción para la Salud de los Adolescentes (1996-2000) y el gobierno de Santa Lucía está preparando un programa para prevenir el embarazo adolescente. En Colombia, Costa Rica y El Salvador se establecieron normas especiales de atención a las y los adolescentes.

la región (Haití, Bolivia y Perú) se producían más de 200 muertes maternas por cada cien mil nacimientos y en otros cuatro (Ecuador, Paraguay, El Salvador y Guatemala) esta razón alcanzaba entre 100 y 200 (CEPAL, 1998).

En general, los altos niveles de mortalidad materna son indicativos de las debilidades de cobertura y calidad que afectan a los servicios de salud, en particular de aquellos del ámbito reproductivo y sexual. La falta de recursos, humanos y físicos, resulta en muchas muertes maternas fácilmente evitables, especialmente entre los grupos pobres; por ejemplo, en México, la razón de mortalidad materna en el estado de Oaxaca —de alto grado de marginación— es ocho veces superior a la del estado de Nuevo León (CONAPO, 1996); en Bolivia se estima que la tasa de mortalidad materna en el área rural casi cuadruplica la del área urbana (INE/Macro International Inc., 1994). Por tanto, el que una mujer muera a raíz del embarazo o el parto revela una injusticia social, que se manifiesta tanto en su escaso acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad como en los limitados medios de que dispone para desarrollar su vida cotidiana. Desde luego, la mortalidad materna representa un caso extremo de inseguridad en materia de salud reproductiva y sexual; sin embargo, debe tenerse presente que, de acuerdo con las estimaciones disponibles, por cada mujer que muere a raíz de causas asociadas a la maternidad, otras treinta sufren daños (tales como fístulas, anemia, ruptura del útero, prolapso, inflamación de la pelvis y heridas del tracto genital inferior) (UNICEF, 1996). Estos antecedentes ponen en evidencia que la maternidad en los países de América Latina y el Caribe involucra elevados riesgos, especialmente para las mujeres de los grupos sociales más vulnerables.

La morbimortalidad materna se vincula con hemorragias severas, infecciones, abortos en condiciones inseguras, eclampsia, embarazo ectópico, embolias y diversas causas indirectas (anemia, malaria y afecciones cardíacas). En particular, el aborto inducido y en condiciones sépticas —de manera directa o a raíz de sus complicaciones— es el factor responsable de más de un quinto de las muertes maternas que ocurren en América Latina y el Caribe (WHO, 1997; Gómez, 1997). Una estrategia de maternidad sin riesgo debe combinar la oferta de servicios que permitan prevenir los embarazos no deseados con la atención para evitar el aborto y enfrentar de manera apropiada sus complicaciones. El cuidado rutinario durante el embarazo, los tratamientos de emergencia frente a las complicaciones obstétricas, el aumento de la tasa de partos institucionales (y de su atención por personal capacitado) y los controles durante el puerperio contribuyen a una maternidad saludable.

Como todo embarazo entraña peligros para la salud de la mujer, la mejora en el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual, particularmente para los grupos de mayor riesgo —representados por las adolescentes, las mayores de 39 años y las que tienen un alto rango de paridez—, puede contribuir decisivamente a disminuir la mortalidad materna y los problemas de salud a largo plazo. Las medidas de tipo preventivo —orientadas a evitar embarazos no deseados— y las que contemplan el tratamiento oportuno de complicaciones son altamente efectivas en términos de costos, pues amén de impedir muertes prematuras, enfermedades y daños, reducen la necesidad de enfrentar

complejas operaciones y atenciones especiales a mujeres que experimentan diversas limitaciones. Sin embargo, una maternidad segura requiere, además de servicios de salud reproductiva de calidad, la plena habilitación de las mujeres para que estén en condiciones de ejercer sus derechos —entre ellos los reproductivos y sexuales— y adoptar decisiones libres e informadas.

Aun cuando se carece de series cronológicas sobre las estimaciones de la mortalidad materna para los países de la región, algunos indicadores —como la disminución de la proporción de nacimientos no deseados, la mayor accesibilidad a los servicios de salud y la estabilización relativa del número absoluto de nacimientos anuales— permiten suponer que su incidencia se ha reducido en los últimos años. Según la información de las encuestas demográficas y de salud, la cobertura de servicios de atención prenatal y de partos asistidos por personal capacitado se ha incrementado en la mayoría de los países; sin embargo, estos servicios son escasos en las áreas rurales. Las tasas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas se elevaron en la región y se estima que llegaban a alrededor del 60% para todos los métodos y al 49% para los modernos (FNUAP, 1998); a pesar de este avance, persisten grandes diferencias entre países: mientras algunos (Brasil, Costa Rica y Colombia) registraban niveles de cobertura similares a los de los Estados Unidos, en otros (Bolivia, Guatemala, Haití y Nicaragua) se mantenían tasas de prevalencia bastante menores que el promedio regional.<sup>22</sup> Las encuestas recientes muestran que una fracción no despreciable de la fecundidad observada corresponde a fecundidad no deseada, fracción que es particularmente alta en Bolivia (43.8% en 1994) y en Perú (37.1% en 1996), países en los que es mayor la proporción de parejas que usan métodos tradicionales, que generalmente son menos eficaces que los modernos. Por último, en casi todos los países de la región se han adoptado iniciativas dirigidas a la promoción de una maternidad segura.<sup>23</sup>

### 3.6. *Avances en materia de prevención del VIH/SIDA*

---

<sup>22</sup> La brecha es particularmente amplia en el caso de los métodos modernos, pues las tasas de prevalencia varían entre 13% en Haití (1994-1995), 18% en Bolivia (1994) y 70% en Brasil (1996).

<sup>23</sup> Así, por ejemplo, la Comisión de la Maternidad Segura de Bolivia, con el apoyo del FNUAP, desarrolla una estrategia orientada a la rápida reducción de la mortalidad materna, enfatizando la mejora en la calidad de la atención de emergencias obstétricas; junto con aplicar un seguro de maternidad —instituido en 1996 para proveer atención gratuita (cofinanciada por el sistema nacional de salud y los municipios) a las mujeres embarazadas y a sus hijos menores de 5 años—, esta estrategia comprende programas de entrenamiento de personal (médico y paramédico), sistemas de seguimiento de las causas de muerte y campañas de sensibilización de líderes y comunidades. En Perú, el Plan Nacional de Población 1998-2002 incluye el fortalecimiento del Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna. De manera similar, el Ministerio de Salud de Ecuador puso en marcha el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y en República Dominicana, la Dirección General de Promoción de la Mujer —con el apoyo del sector estatal de salud y varias ONG— formuló un Plan de Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.

Como en otras regiones del mundo, en América Latina y el Caribe el VIH/SIDA presenta rasgos epidémicos que varían entre y dentro de los países; sin embargo, más allá de esta heterogeneidad, la pandemia se concentra principalmente en los grupos pobres. Si bien en sus comienzos (a fines de la década de 1970) las epidemias del VIH/SIDA en la región provocaron mayor daño entre los hombres que tienen relaciones con otros hombres y en los usuarios de drogas inyectables, en años recientes aumentó la tasa de prevalencia de infección entre las mujeres, indicando el creciente alcance de la transmisión heterosexual<sup>24</sup> la evidencia sugiere, además, un rápido incremento de la proporción de jóvenes —de 15 a 24 años— entre los nuevos casos (ONUSIDA/AIDSCAP, 1998). A diferencia de lo ocurrido en la década pasada, el actual perfil epidemiológico del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe se muestra proclive a la rápida difusión de la infección del VIH: lenta, pero sostenidamente, se está asentando en comunidades vulnerables —incluso rurales—, que se caracterizan por sus desventajas socioeconómicas y por la falta de información apropiada para prevenir los riesgos<sup>25</sup>; el creciente predominio de jóvenes y la alta proporción de mujeres entre los nuevos casos de infección con VIH; la movilidad de la población y la migración —interna e internacional—, que contribuye a una continua y más amplia difusión de la pandemia (Bronfman, 1998; UNAIDS/AIDSCAP, 1998).

El cuadro de la situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe es ambivalente, pues su prevalencia crece aceleradamente en algunos países (especialmente en el Caribe, Centroamérica, Colombia y México) y en otros parece tender a una relativa estabilización (UNAIDS/WHO, 1998a). Se estima, para el conjunto de la región, que el número de nuevos infectados con VIH durante el año 1998 fue de 200 mil personas, llevando el total de casos a 1.7 millones de niños y adultos; la tasa de prevalencia entre los individuos de entre 15 y 49 años de edad llegaba a 0.57% (UNAIDS/WHO, 1998b). Con todo, en la región aún hay tiempo para detener su propagación; la experiencia de algunos países desarrollados demuestra que se requiere hacer más hincapié en la satisfacción de las

---

<sup>24</sup> Por ejemplo, más de un tercio de los nuevos casos de SIDA registrados en los países del Caribe de habla inglesa correspondió a mujeres, principalmente de 15 a 19 años de edad (UNAID/AIDSCAP, 1996). En Brasil, la razón hombres mujeres disminuyó de 1:16 en 1986 a 1:3 (y en algunas zonas a 1:2) en 1998; (UNAID/WHO, 1998a); de acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA —basadas en el uso de modelos aplicados a un total de 120 mil casos (hombres y mujeres) de SIDA registrados hasta 1997—, unas 125 mil mujeres adultas vivirían con VIH en este país (UNAIDS/PAHO/UNAIDS, 1998). El impacto del VIH/SIDA sobre la morbimortalidad en las grandes ciudades brasileñas es puesto en evidencia por el caso de São Paulo, donde se convirtió en la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva (UNAID/AIDSCAP, 1996). Aunque la prevalencia de infección entre mujeres embarazadas continúa relativamente baja en América Latina, en Honduras ya alcanza al 1% y excede del 3% en Porto Alegre, Brasil; estas tasas son considerablemente más elevadas en el Caribe, especialmente en Haití, donde un estudio realizado en 1993 encontró que más del 8% de las mujeres embarazadas estaban infectadas con el VIH (ONUSIDA/AIDSCAP, 1998).

<sup>25</sup> Según los datos de las encuestas demográficas y de salud realizadas en siete países alrededor de 1995, casi todas las mujeres urbanas en edad fértil habían escuchado acerca del SIDA; en cambio, una fracción importante (entre uno y dos tercios) de las mujeres rurales de Bolivia, Guatemala y Perú declararon no saber nada al respecto.

necesidades de prevención, particularmente entre los jóvenes y los grupos pobres. Las mujeres jóvenes y adolescentes —que no están en condiciones de convenir prácticas de sexo seguro con sus parejas o que han sido objeto de abuso sexual— son especialmente vulnerables al VIH/SIDA; también lo son los hombres jóvenes y adolescentes que carecen de información apropiada sobre la materia y tienen comportamientos sexuales descuidados. No obstante, es justamente entre los y las jóvenes donde estriba la mayor esperanza para poner atajo a este problema; su oportuna educación y concientización, antes de que se expongan al riesgo, es el modo más efectivo de propiciar prácticas sexuales seguras y responsables, incluida la abstinencia voluntaria.<sup>26</sup> En definitiva, las conductas que adopten los y las jóvenes de ahora y aquellas que mantengan a lo largo de sus vidas determinarán el curso de la pandemia en las décadas venideras.

Como la infección por VIH es aún incurable y los tratamientos terapéuticos para extender la vida de las personas infectadas —mediante el uso de una combinación de drogas de antiretrovirales— son extremadamente onerosos y de difícil administración, los esfuerzos deben orientarse a su prevención. Los programas de salud reproductiva y sexual pueden desempeñar un papel crucial en esta dirección si entre sus componentes se contemplan: información y consejería, especialmente a las mujeres y los adolescentes de ambos sexos, sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA —incluida la de tipo vertical (de madre a hijos)— y sobre las conductas adecuadas para prevenir los riesgos; la oferta y distribución de condones masculinos y femeninos, que actualmente constituyen la única tecnología que puede prevenir la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales; la prevención y el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual, que aumentan el riesgo de la transferencia del VIH; la capacitación del personal de los servicios de salud reproductiva y sexual sobre la prevención del VIH/SIDA; la recolección de información y la ejecución de investigaciones sobre conocimientos, actitudes, prácticas y conductas que inciden sobre la salud sexual con el propósito de generar un conocimiento de utilidad para programar estrategias más eficaces de prevención y control del VIH/SIDA.

No obstante el potencial de los programas de salud reproductiva y sexual para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, las actividades pertinentes suelen formar parte de programas verticales y funcionalmente independientes. En la mayoría de los países de la región se utilizan los medios de comunicación para crear conciencia sobre los riesgos de contraer el VIH/SIDA; sin embargo, algunas de esas campañas provocaron la resistencia de sectores de opinión contrarios a la promoción del uso del condón, a que se proporcione este tipo de información a los adolescentes o a que se hable abiertamente de la homosexualidad. No obstante los esfuerzos realizados, el conocimiento sobre la prevención del VIH/SIDA es aún insuficiente, especialmente entre las poblaciones rurales y los grupos pobres. En varios países se fomenta la investigación y capacitación sobre aspectos específicos de la

---

<sup>26</sup> Numerosos estudios indican que los y las jóvenes adoptan conductas sexuales más seguras cuando disponen de información, conocimientos y medios y que, si se les ofrecen tales oportunidades, muestran una mayor propensión a protegerse que los mayores. En Chile, según una investigación realizada en 1996, se observó que el uso del condón es más frecuente entre los jóvenes de 15 a 18 años que entre las personas de más edad; algo similar se ha encontrado también en Brasil y México (UNAIDS/WHO, 1998b).

pandemia.<sup>27</sup> Otra iniciativa en tal sentido es la inclusión de temas de epidemiología y prevención del VIH/SIDA en los currículos de las escuelas y facultades de medicina.

En aquellos países en que las acciones dirigidas a prevenir el VIH/SIDA son uno de los componentes de los programas de salud reproductiva y sexual, como México y Panamá, se consiguen efectos de sinergia. Por ejemplo, el programa de México incluye la distribución gratuita de preservativos en el nivel primario de atención, servicios de diagnóstico y tratamiento a otros niveles y una intensa campaña de información, educación y comunicación pública sobre el VIH/SIDA. En Brasil, que fue el primer país en notificar casos de SIDA a comienzos de la década de 1980, las áreas de salud de la mujer, los niños y los adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual/SIDA (DES/SIDA) del Ministerio de Salud diseñaron estrategias conjuntas, de ejecución descentralizada para enfrentar el problema. Como parte de esta estrategia, las medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH —opciones de lactancia y administración del AZT— han dado excelentes resultados; asimismo, las terapias combinadas de antiretrovirus, que el sistema de salud puso a disposición del público a comienzos de la década de 1990, han permitido prolongar la vida de un alto número de personas infectadas con el VIH y reducir la cantidad de internaciones hospitalarias (CNPD, 1998).

### *3.7. Avances en la equidad en el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual*

Aunque después de la CIPD son patentes los esfuerzos por ampliar la cobertura de los servicios de salud reproductiva y sexual en la región, persisten marcadas inequidades en el acceso a estos servicios, lo que restringe las posibilidades de ejercer plenamente los derechos reproductivos y sexuales. Las mujeres con mayor educación tienen una cantidad de hijos casi siempre coincidente con sus aspiraciones; en cambio, una fracción importante de la fecundidad de las que tienen bajo nivel de instrucción es no deseada. En particular, en los países de la región de transición demográfica poco avanzada, la fecundidad no deseada se ha mantenido elevada entre los grupos pobres, no obstante el descenso de su tasa global de fecundidad.<sup>28</sup> Las dificultades que encuentran los grupos pobres para ejercer lo que es un derecho básico —lograr una coincidencia entre los hijos que desean y los que realmente tienen— están ligadas a las necesidades insatisfechas de salud reproductiva y sexual.

Para garantizar una genuina equidad de la oferta de servicios de salud reproductiva y sexual, además de expandir la cobertura, es necesario mejorar su calidad y poner en

---

<sup>27</sup> Un ejemplo es el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA (LUSIDA) del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina que, con el auspicio de ONUSIDA y la participación de organismos públicos, ONG y agencias internacionales realizó en 1998 un taller sobre prevención de la transmisión vertical del VIH en las naciones del MERCOSUR ampliado (UNAIDS, 1998).

<sup>28</sup> Lamentablemente, la ausencia de encuestas sobre comportamiento sexual y reproductivo y sobre salud reproductiva en los países más avanzados en la transición demográfica (como Uruguay, Argentina y Chile) impide conocer la situación en este campo y determinar en qué medida se han conseguido condiciones más favorables para que los segmentos pobres ejerzan esos derechos.

práctica, de modo riguroso y sostenido, los compromisos contraídos en El Cairo en cuanto a incorporar las nuevas concepciones de salud reproductiva y sexual en los enfoques de reforma del sector salud que están en curso en varios países de la región. Los antecedentes disponibles indican que, en muchos casos, la calidad de la oferta de los servicios de salud reproductiva y sexual es más bien baja, a causa de la insuficiencia de personal de consejería capacitado para dar respuesta a las necesidades de los diferentes grupos —en particular, los indígenas, las mujeres que no están en unión (o cuya pareja es reticente al uso de estos servicios) y los y las adolescentes— y para proporcionar información veraz y pertinente que asegure la libre opción y el uso adecuado de los procedimientos que los usuarios elijan. Adicionalmente, la calidad de los servicios se ve afectada por problemas de accesibilidad y por una inapropiada relación entre los proveedores de la oferta y los potenciales beneficiarios. El mejoramiento de la calidad exige también proporcionar una gama amplia de métodos, para permitir que las personas opten por aquellos que mejor se adapten a sus convicciones y a su etapa del ciclo reproductivo.<sup>29</sup>

#### **4. Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil**

A raíz de la reforma del Estado y de los procesos de democratización en curso, la sociedad civil y sus organizaciones ganaron reconocimiento como protagonistas del desarrollo en la región. Esto contribuyó a que se crearan diversas instancias de participación tanto en la toma de decisiones como en la ejecución y seguimiento de las políticas y programas.

Aunque esta participación no ha avanzado al mismo ritmo en todos los países —e incluso en algunos ha experimentado retrocesos—, los esfuerzos realizados son coincidentes con uno de los objetivos del Programa de Acción de la CIPD: "... *fomentar una colaboración efectiva entre todos los niveles de gobierno y toda la gama de organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios locales en los debates y decisiones sobre la concepción, ejecución, coordinación, vigilancia y evaluación de programas relativos a la población, el desarrollo y el medio ambiente ...* " (PA de la CIPD, párrafo 15.7). En efecto, la mayoría de los gobiernos tomó medidas para promover la participación de la sociedad civil en el diseño, ejecución y seguimiento de políticas en el campo de población.

---

<sup>29</sup> La mala calidad de los servicios se ve agudizada en áreas de concentración de población indígena, a causa de la baja sensibilidad de los servicios de salud en general —y de los programas de salud reproductiva y planificación familiar en particular— y a la diversidad cultural de las comunidades servidas. De aquí que en muchos casos se registre una subutilización de los servicios.

Algunos países abrieron espacios en las instancias responsables de los programas de población.<sup>30</sup> En Perú se creó, en 1997, una Mesa Tripartita de Seguimiento de la CIPD, en la que participa tanto el gobierno, como diversas ONG, entidades académicas y organismos internacionales.

En República Dominicana, Uruguay y Venezuela esos espacios fueron creados para el seguimiento de la ejecución de la Plataforma de Acción adoptada en la Conferencia de Beijing, que incluye el examen de algunos de los temas de la CIPD—como la equidad de género, la habilitación de las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos y salud reproductiva y sexual—, todo con un gran protagonismo de las organizaciones de mujeres y con grados variables de involucramiento gubernamental.

Una tercera situación está constituida por aquellas instancias, algunas transitorias y otras permanentes, de diálogo y concertación de la sociedad civil en torno a la estrategia de desarrollo o a las orientaciones del desarrollo social.<sup>31</sup> En ocasiones, estos espacios de participación permitieron que las organizaciones de la sociedad civil tomaran la iniciativa de incorporar temas de población dentro de la agenda de discusión pública nacional.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> México creó consejos consultivos de su programa nacional de población; Belice hizo lo mismo en su subcomité de Política de Población; las ONG e instituciones privadas de Jamaica participan en el Comité Coordinador de la Política de Población, en el Comité de IEC y en el Grupo de Trabajo sobre Migración Internacional; Colombia tiene un Comité Técnico Asesor en Población y Medio Ambiente, que incluye universidades y ONG; en Nicaragua se fortaleció el papel de la sociedad civil durante las etapas de definición de la Política Nacional de Población y a lo largo del actual proceso de formulación de un Plan de Acción para dicha política; el gobierno venezolano se vinculó con la Red de ONG de Población y Desarrollo, encargada del seguimiento de los acuerdos de la CIPD; el Ministerio de Salud de Panamá inició en 1997 un proyecto de Movilización y Concertación de Acciones Gubernamentales y de la Sociedad Civil en Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es preparar el Plan Nacional de Acción en este campo.

<sup>31</sup> Ecuador puso en marcha un proceso de planificación estratégica a largo plazo ("Ecuador 2025") con participación de la sociedad civil; la Comisión Nacional para el Desarrollo Social de Las Bahamas, creada en 1994, invitó a las ONG a participar como socios en la programación del desarrollo; las ONG, en especial las de mujeres, integran la Comisión Permanente para Asuntos de Población establecida por las Antillas Neerlandesas en 1994; en el comité tripartito de seguimiento de las políticas nacionales de Granada participan representantes del gobierno, de los sindicatos y de la sociedad civil; Trinidad y Tabago estableció en 1998 el Consejo Civil para el Desarrollo Social como contraparte del Consejo Interministerial para el Desarrollo Social; República Dominicana estableció, en 1996, los consejos de desarrollo provincial, en 1997 organizó las Jornadas de Concertación (que culminaron con un Foro Nacional de Políticas Públicas Sociales) y en 1998 llevó a cabo un Diálogo Nacional entre el gobierno, diferentes sectores de la sociedad civil—incluidas organizaciones de mujeres— y los partidos políticos; en Bolivia se efectuó un ejercicio similar en 1997, centrado en los conceptos de oportunidad, equidad, institucionalidad y dignidad, que contó con una activa participación de las ONG de mujeres.

<sup>32</sup> Un ejemplo es el Foro de la Mujer y el Desarrollo de Panamá, que preparó un Plan Nacional de la Mujer y el Desarrollo y lo propuso en el ejercicio nacional de concertación llamado "Bambito III" entre el gobierno y la sociedad civil, logrando que fuera asumido como política pública en el Pacto Compromiso para el Desarrollo.

Las organizaciones de mujeres —cruciales a la hora de promover la participación de la sociedad civil, y potenciadas con la formación de redes nacionales, subregionales y regionales— fomentaron cambios legislativos, institucionales y de las políticas públicas. En algunos casos, la búsqueda de estos cambios apuntó a crear conciencia pública sobre las demandas y propuestas de las mujeres, lo que resultó en la preparación de agendas o planes de acción.<sup>33</sup> En otros, la acción se dirigió a armonizar la legislación con los objetivos del PA de la CIPD y de la Plataforma de Acción adoptada en Beijing.<sup>34</sup> Asimismo, las organizaciones de mujeres impulsaron la adopción de legislación, el establecimiento de instituciones y la formulación de políticas públicas para combatir la violencia contra la mujer. Otras organizaciones de mujeres participan en la ejecución de ejercicios de supervisión y control ciudadano en relación con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los gobiernos en las conferencias internacionales relacionadas con la salud y los derechos de las mujeres.<sup>35</sup>

El sector privado, por su parte, desempeña también un importante papel en el campo de la salud reproductiva y sexual y atiende principalmente las necesidades de los grupos de ingresos relativamente altos. Los estratos medios y bajos dependen, básicamente, de los servicios provistos por el sector público y las ONG; mientras el primero comprende el componente maternoinfantil, las patologías del sistema reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y —con grados de cobertura variable— los servicios de planificación familiar, las ONG se concentran en la planificación familiar y en otros aspectos específicos de la salud reproductiva y sexual —como la detección precoz del cáncer cervicouterino— y proporcionan un fuerte apoyo en información, educación y comunicación.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> El Foro de Mujeres de Nicaragua, con representación de los sectores económicos, políticos y sociales del país, organizó el Primer Encuentro de Mujer y Política, que culminó con una Agenda Mínima Nacional — para promover la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres— y con la formación de la Coalición Nacional de Mujeres; la National Women's Task Force de Belice preparó el Plan de Desarrollo de Género; en Venezuela, la Red de Población y Desarrollo y la Coordinadora Nacional de Mujeres elaboraron el Plan de Acción de Empoderamiento de la Mujer y Desarrollo 1988-2000; un grupo de ONG de Costa Rica ("La Agenda Política de las Mujeres"), en el que participan mujeres de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, aborda temas del PA de la CIPD; la Coordinadora Política de Mujeres del Ecuador creó una Comisión Bipartita para definir una agenda conjunta con el gobierno, y la Coordinadora de Salud y Género realiza actividades directamente relacionadas con el PA de la CIPD.

<sup>34</sup> En Haití, 23 ONG de mujeres trabajan con los parlamentarios en la revisión de leyes que discriminan a la mujer y en República Dominicana se creó la Comisión Honorífica de Mujeres Asesoras del Senado. En México, la agrupación feminista DIVERSA ha convenido con ocho partidos políticos una Agenda Legislativa en pro de los derechos de las mujeres.

<sup>35</sup> La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) es una de las entidades más dinámicas en este campo y ha realizado —con el apoyo del FNUAP y la colaboración de 13 organizaciones de mujeres, incluidas dos redes nacionales— el seguimiento de los consensos de la CIPD en Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú.

<sup>36</sup> Alrededor de 1995, el sector no gubernamental atendía más del 50% de la demanda de planificación familiar en siete países (Haití, Guatemala, Paraguay, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Brasil);

Algunos gobiernos reconocen que los organismos de la sociedad civil cumplen una función complementaria de los servicios del sector público<sup>37</sup>; sin embargo, en varios casos se advierte que tal complementariedad se ve dificultada por una falta de mecanismos de coordinación entre las ONG y los gobiernos —que, a veces, mantienen relaciones hostiles entre sí— y por la escasa comprensión de la importancia de esa colaboración entre los funcionarios de gobierno. A su vez, los obstáculos que encuentran las instituciones de la sociedad civil para vincularse con el sector público provienen de las debilidades institucionales y de la falta de recursos financieros que les permitan desarrollar una labor sostenida en el tiempo.

#### **4. El papel de la cooperación internacional**

La cooperación internacional juega un papel muy importante en la promoción y el apoyo técnico y financiero de las actividades de población y desarrollo en la región. Aun cuando en las últimas cuatro décadas los países tendieron a internalizar e institucionalizar varias de estas actividades y asumieron gran parte de su financiamiento, algunos siguen dependiendo de la asistencia internacional, sea porque esas actividades son objeto de controversia o porque los recursos nacionales son muy limitados en todos los frentes del desarrollo. La cooperación financiera internacional —provista tanto por organismos gubernamentales como privados— es canalizada a los receptores (entidades públicas y no gubernamentales) por medio de instituciones bilaterales, multilaterales y ONG internacionales.<sup>38</sup> Esta cooperación, además de asistencia financiera, incluye la provisión

---

en cambio, su papel era secundario en aquellos países que tienen programas estatales importantes de salud reproductiva y planificación familiar (México, Perú) o disponen de una amplia cobertura de salud pública, con componentes de salud reproductiva y planificación familiar (Costa Rica). La tendencia generalizada apunta a una estabilización o disminución relativa del papel de las ONG y del sector privado; la disminución más significativa se observa en Bolivia, hecho que refleja una intervención más activa del sector público en un país en que la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción era aún muy baja (18%) en 1994.

<sup>37</sup> El sector público mexicano capacita a los prestadores de servicios de las ONG y apoya los programas de mercadeo social de anticonceptivos; en Trinidad y Tabago existe el programa "Adoptando una Comunidad", que fomenta la colaboración entre las ONG, el sector privado y el gobierno en servicios de salud, incluyendo los de salud reproductiva; el Programa de Elección Personal de Jamaica utiliza prestadores privados de servicios para aumentar el abanico de opciones en planificación familiar; en Ecuador y República Dominicana las ONG, el sector privado y la comunidad están involucrados en los planes para reducir la mortalidad materna e infantil; en República Dominicana, las ONG participan también en la formulación y ejecución de la estrategia nacional de IEC y del Programa de Educación Sexual Integral y Familiar.

<sup>38</sup> Entre 1987 y 1996, no obstante registrar fluctuaciones anuales, las ONG tendieron a ocupar el primer lugar en la canalización de fondos orientados a actividades en el campo de población; a su vez, la cooperación bilateral desplazó del segundo lugar a la de tipo multilateral. Las cifras de la asistencia financiera externa provista a los países latinoamericanos y caribeños en 1996 indican que las ONG canalizaron la mitad de la asistencia financiera externa, las agencias bilaterales algo más de un tercio y los organismos multilaterales sólo el 16%.

de equipos e insumos, asesoría técnica y capacitación. Recientemente, y en consonancia con las recomendaciones de la CIPD, cobró importancia la colaboración horizontal entre instituciones de los propios países en desarrollo.

El total de los fondos de la cooperación internacional (desembolsos de los donantes primarios o de los agentes de intermediación en favor de los receptores finales) para actividades de población en la región —expresados en dólares de los EEUU constantes de 1987— aumentó de 67 millones de dólares en 1987 a 92 millones en 1990 y a 111 millones en 1993; en 1994, año en que se celebró la CIPD, el flujo se elevó a 190 millones y se mantuvo en ese nivel en los dos años siguientes.<sup>39</sup> En el bienio 1993-1994 los países de América Latina y el Caribe recibieron casi el 19% del total mundial de los fondos de la cooperación internacional en materia de población, proporción mayor que la recibida en el bienio 1991-1992 (16). En el bienio posterior a la CIPD (1995-1996), la proporción de la asistencia financiera percibida por la región se redujo a poco más del 13% del total. De estas cifras se desprende que la prioridad de la región disminuyó después de celebrada la CIPD; en tanto, el monto de aquella asistencia a escala mundial se incrementó en un 77% entre los bienios 1993-1994 y 1995-1996 y los fondos destinados a los países de América Latina y el Caribe aumentaron sólo en un 13% (UNFPA, 1996).<sup>40</sup>

En cuanto a insumos, los países de la región recibieron en el bienio 1995-1996 anticonceptivos por un valor equivalente al 10% del total gastado a escala mundial, porcentaje inferior al obtenido en el bienio anterior a la CIPD (16%)<sup>41</sup>. Además de financiamiento e insumos, las agencias y las ONG internacionales proporcionan asesoría técnica y capacitación en beneficio de las instituciones nacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que trabajan en el campo de población y desarrollo. La asesoría y la capacitación se orientan principalmente a los países con menor capacidad técnica propia y tienen como objetivo a largo plazo su autosuficiencia en materia de recursos humanos. Un aporte importante de la asistencia técnica es la transferencia de

---

<sup>39</sup> Además de la asistencia financiera no reembolsable en materia de población, los países de la región obtuvieron recursos mediante créditos reembolsables a tasas inferiores a las del mercado financiero corriente; pese a su importancia, la carencia de información actualizada sobre la cuantía de estos créditos — y el carácter multianual de los mismos— impide considerarlos en este análisis.

<sup>40</sup> Los países de la región que recibieron las mayores proporciones de la cooperación internacional en el bienio 1995-1996 fueron: Perú (44 millones de dólares), México (42 millones), Haití (40 millones), Brasil (35 millones) y Bolivia (31 millones); en su conjunto obtuvieron la mitad de la cooperación financiera internacional a la región en el campo de población. En términos per cápita, los países más beneficiados fueron: Nicaragua (US\$5.40), Haití (US\$5.35), Bolivia (US\$3.88), Jamaica (US\$3.28) y Honduras (US\$2.96). Estos últimos países —excluido Jamaica— contaban en 1995 con los niveles de ingreso per cápita más bajos de la región; esto pone en evidencia que la distribución de los recursos de la cooperación internacional estuvo en concordancia con el espíritu de equidad del PA de la CIPD (UNFPA, 1996).

<sup>41</sup> Salvo en el caso de los DIU, el aporte de las agencias en el trienio 1994-1996 fue inferior a las necesidades estimadas; así, la provisión de condones cubrió el 48% de aquellas necesidades, la de inyectables el 21% y la de píldoras apenas el 10% (UNFPA, 1997).

conocimientos y experiencias entre países. La contribución más amplia y sistemática en materia de asistencia técnica es la del FNUAP, mediante su Equipo de Apoyo Técnico para los países de América Latina y el Caribe, y la del CELADE (División de Población de la CEPAL).<sup>42</sup>

El FNUAP, con recursos programables que ascendieron a US\$ 322 millones en 1997, es la mayor fuente de asistencia financiera en materia de población en el mundo. En ese mismo año la asignación de fondos a los países de América Latina y el Caribe alcanzó a US\$ 36 millones, monto equivalente al 11% del total mundial, proporción inferior a lo desembolsado por el FNUAP en la región en 1996 (12%). Aproximadamente las dos terceras partes (64%) de los recursos asignados en 1997 se destinaron a programas de salud reproductiva, incluida planificación familiar (UNFPA, 1998b). Paralelamente, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) presupuestó, en 1998 y 1999, aproximadamente US\$ 140 millones anuales para programas de población y salud (que incluyen un fuerte componente de salud reproductiva y sexual) en trece países de la región; esta cifra es inferior a la contemplada para aquellos programas en 1997 (US\$ 167 millones). La importancia relativa del rubro de población y salud dentro del total de recursos considerados por la USAID para América Latina y el Caribe ha mostrado una tendencia decreciente en el último trienio (USAID, 1998).<sup>43</sup> De manera similar, el último informe anual de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) destaca que la región experimentó en el año 1997 una generalizada reducción de los aportes financieros procedentes de diversos gobiernos donantes, que reorientaron su contribución a otras regiones del mundo (IPPF, 1998). Por efecto de estas restricciones, el monto de los fondos de libre disposición concedidos por la IPPF a las asociaciones de población de los países de América Latina y el Caribe disminuyó de US\$ 13 millones en 1996 a US\$ 12 millones en 1997 y se estimaba que descendería a US\$ 10 millones en 1998.<sup>44</sup> La disminución de la prioridad de la región dentro del concierto mundial de actividades en el campo de población parece haber continuado en años recientes, coincidiendo con una mayor austeridad de los aportes para la cooperación internacional.

## **6. El seguimiento de los indicadores de progreso de las metas de la CIPD**

---

<sup>42</sup> En lo que atañe a las ONG internacionales, la oficina regional de la IPPF financió durante 1996 asistencia técnica —principalmente en beneficio de sus instituciones miembros— por un valor equivalente a US\$ 2.6 millones (IPPF, 1996).

<sup>43</sup> En efecto, las partidas asignadas a los programas de población y salud representaron el 29.4% del presupuesto total de la USAID para América Latina y el Caribe en 1997 y disminuyeron al 24.8% y al 21.3%, respectivamente, en los años fiscales de 1998 y 1999. Además, con el transcurso de tiempo, estos recursos se concentraron cada vez más en tres países (Haití, Perú y Bolivia), que son destinatarios de la mitad de los fondos presupuestados para 1999.

<sup>44</sup> No obstante lo dicho, frente a esta crítica situación financiera la región ha realizado grandes esfuerzos en la aplicación de su estrategia de movilización de recursos, que se ha concentrado en la consolidación institucional y en la ejecución de programas de salud reproductiva y sexual (IPPF, 1998).

La CIPD adoptó un conjunto de metas cuantitativas y cualitativas sobre equidad de género, habilitación de la mujer, mortalidad, educación y salud reproductiva y sexual, algunas de las cuales reiteran compromisos adquiridos en reuniones intergubernamentales anteriores (como la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y la Conferencia Mundial de Educación Para Todos) y otras fueron ratificadas en encuentros celebrados con posterioridad (como la Conferencia de Beijing y la Cumbre Social). Esta convergencia de propósitos y orientaciones hace visible que el seguimiento de las metas adoptadas en las diversas conferencias internacionales debe efectuarse coordinadamente y con un sistema integrado de indicadores sociales. Algunos países de la región establecieron mecanismos para el seguimiento y para medir el logro de las metas concertadas en tales conferencias.<sup>45</sup> Un problema que se interpone al seguimiento de las metas de la CIPD es la inadecuada comprensión de las interrelaciones entre la dinámica de la población y los procesos de desarrollo, tanto entre funcionarios de gobierno como entre los actores políticos y sociales. Esta restricción se combina con una aparentemente escasa voluntad política para cumplir con los compromisos contraídos a escala internacional. Otro obstáculo es la falta de datos básicos confiables y relevantes para evaluar los avances de manera oportuna y con una adecuada desagregación geográfica, social y por género.<sup>46</sup> En este sentido, la falta de periodicidad regular de los censos nacionales de población y las incertidumbres que se ciernen sobre el financiamiento de las actividades futuras constituyen un problema de gran importancia. A estas limitaciones se añaden aquellas de orden metodológico y técnico que afectan a los instrumentos de seguimiento y evaluación de metas cuantitativas y cualitativas en el campo social.

---

<sup>45</sup> El mecanismo institucional más novedoso parece ser la Oficina de Seguimiento de las Cumbres, establecida por el gobierno de República Dominicana. En Bolivia, el Subcomité de Investigación, Evaluación y Políticas de Población (SIEPP) y el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación han realizado talleres de evaluación y de programación de acciones relacionados con las recomendaciones derivadas de las conferencias celebradas en El Cairo y Beijing. Otros mecanismos, no referidos expresamente al seguimiento de los compromisos contraídos en conferencias internacionales, pero que permiten hacerlo, son el Comité de Indicadores Sociales de Belice y el Secretariado Técnico del Frente Social de Ecuador.

<sup>46</sup> Varios países realizan a intervalos regulares encuestas de demografía y salud y de condiciones de vida, las que pueden constituirse en instrumentos de gran utilidad para el seguimiento de las metas de la CIPD.

### **III. PRIORIDADES DE ACCIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO**

En el examen de la situación actual y de lo realizado por los países de la región en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se advierte que la reafirmación de los objetivos consensuados implica seis líneas de trabajo futuro. En primer lugar, y en busca de una mayor equidad social, avanzar hacia una plena integración de los asuntos de población en las estrategias, políticas y programas de desarrollo económico y social sustentable, prestando especial atención a las necesidades de los más pobres. En segundo término, fortalecer el papel de la mujer en la sociedad y habilitarla para una genuina participación —desde las etapas más tempranas de su vida y en igualdad de condiciones con el hombre— en la adopción de decisiones, y favorecer los cambios socioculturales necesarios para lograr, en el contexto de sociedades democráticas y pluralistas, la equidad de género. En tercer lugar, asegurar que las parejas y los individuos —en un marco de responsabilidades compartidas por hombres y mujeres— puedan ejercer sus derechos como personas, incluidos los reproductivos y sexuales, en condiciones óptimas de salud durante toda su vida. En cuarto término, fomentar una colaboración efectiva entre instituciones de gobierno, organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos comunitarios locales y el sector privado en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas relativos a la población y el desarrollo. En quinto lugar, afianzar la cooperación internacional y reforzar la colaboración horizontal en el campo de la población y el desarrollo, movilizándolo recursos financieros, humanos y de asistencia técnica. Finalmente, establecer mecanismos idóneos y participativos para un apropiado seguimiento del cumplimiento de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia.

#### **1. Población y políticas públicas**

Una actividad prioritaria en este campo consiste en lograr que, de conformidad con los objetivos del Programa de Acción, las instituciones responsables de la formulación y ejecución de las políticas sociales —en particular de aquellas dirigidas a erradicar la pobreza y a fortalecer la calificación de los recursos humanos— incorporen el conocimiento y la información sociodemográfica, lo que implica el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación intersectorial, interinstitucional y entre las diversas instancias gubernamentales. Para que contribuya a una mayor equidad social y de género, esta incorporación debe ser orientada preferentemente a identificar y satisfacer las necesidades de los grupos sociales más vulnerables, que presentan niveles elevados de morbilidad y fecundidad no deseada, generalmente asociados con una distribución desigual de los beneficios del progreso y, en particular, con una atención deficiente de la salud reproductiva y sexual. Con este fin, es necesario explorar mecanismos institucionales que faciliten la participación de los diferentes actores sociales.

La incorporación de los factores de población en las políticas y programas de desarrollo puede beneficiarse del actual proceso de racionalización del Estado que, manteniendo criterios de universalidad para algunos servicios, propende al uso de criterios de focalización del gasto público hacia los sectores más necesitados y a la descentralización de la gestión. Para ello, es necesario mejorar los sistemas de recolección, procesamiento y diseminación de datos y realizar investigaciones y análisis prospectivos sobre aspectos muy relevantes para las políticas de desarrollo, y entre los cuales destacan:

- a) el proceso de envejecimiento de la población —especialmente en los países en los que la transición demográfica está avanzando rápidamente—, que impone presiones sobre el mercado de trabajo y exige fortalecer y reorientar los sistemas de salud y seguridad social;
- b) la particular problemática que enfrentan los grupos de jóvenes y adolescentes, que representan una proporción creciente de la población en la región y que, por lo tanto, tienen una importancia estratégica para los programas de equidad de género, igualdad de oportunidades y salud reproductiva y sexual;
- c) la migración internacional e intrarregional que, dada su magnitud y características en varios países —como los pequeños estados insulares del Caribe—, hace necesarios el diálogo y la cooperación entre naciones de origen y de destino de los flujos de población, a fin de maximizar los beneficios de la migración y minimizar sus repercusiones negativas sobre los países y los individuos;
- d) la familia, unidad básica de la sociedad en cuanto protagonista fundamental en la socialización de las generaciones futuras, debe ser objeto de especial atención en los cambios de sus funciones, modos de constitución, tamaño y estructura, considerando sus diversas formas y, muy especialmente, la creciente importancia de las jefaturas de hogar femeninas.

Al incorporar los asuntos de población en la programación del desarrollo, debe hacerse especial hincapié en las pautas de localización territorial, en busca de armonizarlas con la sustentabilidad del desarrollo y reducir la vulnerabilidad de las comunidades ante los desastres naturales o provocados por la intervención humana.

Un requisito básico para lograr una efectiva incorporación de los asuntos de población en las políticas públicas y en la gestión descentralizada es hacer disponible la información apropiada y de cobertura nacional que proporcionan los censos de población y de vivienda; en tal sentido, corresponde desplegar ingentes esfuerzos para asegurar la ejecución de las operaciones censales en todos los países de la región durante los primeros años del próximo decenio. Por último, deberá procurarse que la capacitación de personal para la integración del conocimiento y la información sociodemográficos —a todos los niveles sectoriales y territoriales— en las políticas públicas se adecue a los requerimientos actuales y futuros.

## **2. Equidad de género, plena igualdad de oportunidades y habilitación de las mujeres**

Es imprescindible continuar avanzando, en el marco del ejercicio de los derechos humanos, hacia una plena equidad de género y una efectiva habilitación de la mujer en todas las esferas sociales, fortaleciendo tanto las organizaciones de mujeres que luchan por sus derechos y por la igualdad de oportunidades y de resultados como la organización de los hombres en torno a la temática de género —incluyendo el papel de la masculinidad— para contribuir al reemplazo de una cultura de dominación patrifocal por una de cooperación entre ambos sexos. Las tareas futuras apuntan a incorporar la perspectiva de género en las políticas y programas de desarrollo y en las actividades de recopilación y análisis de información, aprender de la experiencia adquirida en varios países y transferirla y ampliar su escala hasta conseguir una situación de equidad de género consolidada y autosustentada, garantizando una absoluta igualdad de oportunidades para las mujeres. Con este propósito, y mediante legislación y políticas públicas adecuadas, es necesario potenciar las instancias de concertación del sector público y de la sociedad civil en la promoción de la equidad de género y la habilitación de las mujeres. En particular, corresponde una revisión sistemática —con la participación de legisladores, juristas y representantes de organizaciones de mujeres y de hombres— de las leyes existentes y modificar aquellas que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos de la mujer, incluidos los derechos reproductivos y sexuales.

Se debe avanzar, mediante programas integrales e interinstitucionales, hacia la prevención, sanción y eliminación de toda forma de violencia contra la mujer, los niños y las niñas, y al logro de la igualdad de hombres y mujeres ante la ley. Esta línea de trabajo debe incluir la sensibilización de legisladores, jueces y policías en cuanto a concebir la equidad de género como un valor tutelado. Asimismo, es necesario evaluar, desde una perspectiva de género, las instituciones establecidas para la protección y el apoyo de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual, como las casas de la mujer, las defensorías de los derechos humanos de las mujeres, los servicios legales y las brigadas de atención de la familia.

Además, cabe analizar el impacto social de los planes de igualdad de oportunidades y de acción afirmativa (en particular en el ámbito laboral) existentes en algunos países y considerar la posibilidad de que aquellos que aún no los aplican los adopten, de acuerdo con su situación nacional. Con el propósito de incentivar un cambio cultural favorable a la habilitación de la mujer, se deberá introducir en los currículos de la educación primaria y secundaria —como ejes transversales— los temas de equidad de género y de igualdad de oportunidades y de responsabilidades, incluidos los derechos reproductivos y sexuales. En el mismo sentido, es preciso utilizar los medios de comunicación, en todas sus formas, como instrumentos para crear conciencia pública sobre las inequidades sociales y de género existentes en las leyes, instituciones y patrones culturales y para promover la equidad. Esto exige investigar los contenidos de los mensajes y programas y sobre la forma en que éstos influyen en los valores, actitudes y comportamiento de varones y

mujeres de distinta edad, condición social e identidad étnica. En aquellos países cuya población indígena rural mantiene niveles relativamente altos de analfabetismo es importante considerar, especialmente entre las mujeres, la utilización de programas de alfabetización bilingüe con una perspectiva de género, incluidos los que se refieren a los derechos y a la salud reproductiva y sexual. En las políticas destinadas a erradicar la pobreza debería darse especial importancia a los y las jóvenes y a la creciente figuración de los hogares liderados por mujeres, que suelen ser particularmente vulnerables.

### **3. Derechos y salud reproductiva y sexual y equidad social**

Para asegurar el cumplimiento del objetivo de la Conferencia en cuanto a que las parejas y las personas —en un marco de responsabilidades compartidas por mujeres y varones— ejerzan plenamente sus derechos reproductivos y sexuales en condiciones óptimas de salud durante todo el ciclo vital, es fundamental perseverar en la adopción de medidas tendientes a garantizar, particularmente a los pobres, una prestación de servicios de salud reproductiva y sexual de alta calidad y amplia cobertura. Esto conlleva el compromiso de otorgar un trato prioritario dentro del gasto público a la educación y los servicios de salud reproductiva y sexual integrales. La oferta de estos servicios sirve al propósito de armonizar eficiencia y equidad que buscan las reformas del sector salud; en efecto, la prevención de los embarazos no deseados —en especial en la adolescencia—, de las patologías de transmisión sexual (en particular el VIH/SIDA) y de las relacionadas con la reproducción tiene un alto retorno social e individual, ya que, amén de obviar costosos tratamientos curativos, elimina algunos de los obstáculos que se interponen a la acumulación de capital humano, en especial en el caso de las mujeres pobres.

En relación con el VIH/SIDA, es necesario difundir las experiencias exitosas sobre su prevención y tratamiento, con vistas a su consideración en los programas de salud reproductiva y sexual. Otro componente fundamental de estos programas se orienta a evitar la mortalidad materna, lo que exige un seguimiento de las gestantes —desde la concepción hasta el puerperio— y una apropiada atención de las complicaciones derivadas del aborto.

Corresponde, además, promover cambios institucionales que garanticen la puesta en práctica de un concepto integral de salud reproductiva y sexual. Un requisito esencial para estos cambios es la calificación de recursos humanos —tanto en los sectores salud y educación como en otros del ámbito social— en materia de población y salud reproductiva, de modo que puedan incorporar un enfoque participativo y de equidad (social, de género, étnica e intergeneracional) en el diseño, ofrecimiento y evaluación de tales servicios a escala nacional y en forma descentralizada. Asimismo, con estos cambios debe procurarse que en la prestación de servicios se respeten los derechos reproductivos y sexuales y se satisfagan los requerimientos de los usuarios con sujeción a códigos éticos, lo que implica un consentimiento informado, el respeto de las opciones de las personas y garantizar la libre elección de los métodos para la regulación de la fecundidad. En particular, es necesario mejorar la calidad de la oferta de los servicios.

En la definición y aplicación de los programas de reforma del sector salud se requiere asignar la más alta prioridad política, en los ámbitos público y privado, a un enfoque integral y participativo de la salud sexual y reproductiva. Del mismo modo, se debe fortalecer la integración de las políticas de salud, educación y población en el marco de las políticas sociales y multiplicar los esfuerzos orientados a consolidar la formación de una demanda calificada de los servicios pertinentes.

Con el propósito de lograr que *“la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”* (Programa de Acción, párr. 7.6), deben superarse las barreras económicas, legales y socioculturales que inhiben —en particular a los grupos con mayores desventajas sociales— la libre y responsable adopción de decisiones en el campo de la reproducción y la sexualidad y que dificultan el acceso a los servicios de salud reproductiva. Un ámbito en el que la eliminación de esas barreras es particularmente importante es el de las relaciones de género, tradicionalmente signadas por asimetrías y prejuicios anclados en una cultura de dominación masculina; en tal sentido, debe propiciarse un mayor involucramiento de los hombres en la práctica de la planificación familiar.

En la superación de tales barreras, tanto la educación formal y la no formal como los programas de información, educación y comunicación, deben promover una amplia comprensión social en favor de los derechos y de la salud reproductiva y de la equidad social, de género, étnica e intergeneracional. Asimismo, es imperativo sensibilizar a comunicadores sociales, periodistas, actores políticos y líderes de opinión para que contribuyan a fomentar actitudes favorables hacia los cambios legislativos que se requieran y la aplicación de las políticas y programas correspondientes.

Un grupo etario especialmente afectado es el adolescente, que ve impedido su acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual. Para este grupo deberían usarse estrategias participativas orientadas a que los programas de servicios de educación y atención de la salud reproductiva y sexual sean adecuados a sus necesidades específicas y a que, con sujeción al marco ético necesario y respetando la diversidad cultural y el carácter confidencial de esta atención, contribuyan a un comportamiento sexual responsable y a prevenir riesgos, como los embarazos no deseados y la transmisión del VIH/SIDA. También deben adoptarse las medidas necesarias para asegurar la permanencia de las madres adolescentes en el sistema escolar.

#### **4. Fortalecimiento del papel de la sociedad civil**

Un requisito fundamental para avanzar en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo es asegurar que los diversos actores sociales hagan suyos los objetivos fijados en el Programa de Acción. Esto implica establecer o fortalecer instancias que permitan, dentro del marco normativo vigente en cada país, la participación activa de la sociedad civil en todas las etapas de formulación, toma de decisiones, ejecución, seguimiento y evaluación de aquellas actividades dirigidas a integrar los factores de población en las políticas y

programas de desarrollo, promover la equidad de género y la habilitación de la mujer en todas las esferas sociales, garantizar el pleno ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales y aplicar programas integrales de salud reproductiva. Estas instancias deberán facilitar el diálogo en temas de población sobre los que hay posiciones diversas y promover la búsqueda de consensos para lograr una coordinación entre las actividades del sector público, las ONG —en particular las de mujeres y de jóvenes— y los grupos organizados de las comunidades locales.

Con esta finalidad, es conveniente instrumentar las condiciones jurídicas, financieras y políticas necesarias para que las organizaciones de la sociedad civil puedan colaborar con las instancias legislativas en la revisión de leyes y, en los casos pertinentes, proponer reformas y adiciones. Resulta igualmente conveniente sensibilizar a los actores políticos y a la opinión pública en relación con los objetivos y estrategias propuestos en el Programa de Acción de la Conferencia. De igual modo, y mediante diversos mecanismos, las ONG debieran colaborar con los órganos del gobierno central y los gobiernos locales en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas de población.

## **5. El papel de la colaboración internacional**

La asistencia internacional, tanto financiera como técnica, desempeña un papel fundamental en las actividades relacionadas con el tema de la población y el desarrollo, incluyendo el seguimiento y la evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia. En los países de menor desarrollo relativo —que tropiezan con mayores dificultades para aplicar plenamente dicho Programa—, esta asistencia internacional continuará siendo imprescindible por muchos años. En los demás países, la cooperación internacional está llamada a facilitar la transferencia de experiencias y conocimientos, la consolidación de las organizaciones de la sociedad civil —incluyendo su articulación en redes regionales y subregionales— y la proposición de intervenciones innovadoras, especialmente las dirigidas a los sectores más desposeídos de la sociedad y a los grupos considerados prioritarios en las políticas sociales. Esto implica fortalecer los mecanismos de concertación y coordinación de los organismos internacionales multilaterales y bilaterales entre sí y con los gobiernos, mediante un enfoque de programa que evite la atomización de los recursos externos y la duplicación de esfuerzos; los recursos deben ser aprovechados en función de los objetivos prioritarios de cada país; para optimizar su efectividad, esta coordinación debiera incluir también a las ONG internacionales.

Por cierto, en la programación de los recursos externos —y para obviar su subutilización, baja eficiencia y mínimo impacto social—, los organismos donantes deben considerar tanto la magnitud de las necesidades y carencias como las prioridades nacionales y la capacidad de absorción de los países e instituciones ejecutoras. Asimismo, es preciso aumentar la eficacia de la asesoría técnica prestada por los organismos internacionales, concentrarla en objetivos prioritarios y articularla con los recursos humanos nacionales a fin de potenciarlos e impulsar la autosuficiencia. Dada la necesidad de contar con información nacional desagregada geográficamente, resulta fundamental el apoyo financiero y técnico internacional para asegurar la realización de los censos de la ronda

del año 2000. Finalmente, es necesario perfeccionar los esquemas de cooperación horizontal en los campos de la asesoría técnica y de la capacitación de recursos humanos.

## **6. El seguimiento de los progresos hacia el logro de los objetivos del Programa de Acción**

La voluntad política expresada en los acuerdos adoptados en El Cairo involucra el seguimiento y la evaluación de los progresos hacia el logro de los objetivos especificados en el Programa de Acción. La convergencia y complementariedad de estos objetivos con los convenidos en otras conferencias internacionales —referidas a salud, educación, infancia, medio ambiente, nutrición, derechos humanos, desarrollo social, mujer y asentamientos humanos— ponen en evidencia la necesidad de establecer mecanismos integrados para su seguimiento y evaluación. En tal sentido, debiera invertirse en recursos financieros e intelectuales destinados a construir sistemas de información en apoyo a la gestión que, ajustados a criterios de costo y efectividad, permitan evaluar la eficacia de las medidas emprendidas para cumplir los objetivos del Programa de Acción y de otras conferencias internacionales. Esto implica diseñar y perfeccionar metodologías e indicadores que sirvan para efectuar mediciones cuantitativas y cualitativas y que incorporen tanto la perspectiva de los gobiernos como la de la sociedad civil.

Estas labores de seguimiento y evaluación necesitan información oportuna, confiable, relevante y desagregada —en términos sociales, de género y territoriales—, lo que exige la recolección de datos y su análisis. En tal sentido, se propone gestionar un programa de créditos con facilidades extendidos por organismos financieros internacionales, que asegure la posibilidad efectiva de concretar la ejecución de los censos nacionales de población de la ronda del año 2000.

Con el propósito de potenciar la actividad de seguimiento y evaluación de los países, es necesaria una instancia técnica de coordinación regional que, operando en un marco de respeto de la soberanía de cada país, incorpore el trabajo de las instancias nacionales; éstas deben estar constituidas por representantes de los diferentes sectores de la sociedad, como instituciones sociales, culturales y religiosas. En esta línea, es pertinente considerar, evaluar y diseminar la experiencia de aquellos países que han creado mesas de concertación nacional para el seguimiento de los avances hacia el logro de los objetivos del Programa de Acción. En el caso de los pequeños países insulares del Caribe, puede resultar apropiado establecer mecanismos que combinen puntos focales nacionales con una instancia subregional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman, M. (1998), "Mexico and Central America", *International Migration (Special issue: Migration and HIV/AIDS)*, vol. 36, N° 4.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1998a), El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos (LC/G.1997(SES.27/3)), Santiago de Chile, abril.
- \_\_\_\_\_ (1998b), *Panorama social de América Latina, 1997* (LC/G.1982-P), Santiago de Chile, febrero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.98.II.G.3.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G.1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, febrero.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Población, equidad y transformación productiva* (LC/G.1758/Rev.2-P; LC/DEM/G.131/Rev-2), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.
- CEPAL/CELADE/BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía/Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), "Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas", Serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE/OIM (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Organización Internacional para las Migraciones) (1998), "Migración y desarrollo en América del Norte y Centroamérica: una visión sintética", documento presentado en el seminario "Migración internacional y desarrollo en Norte y Centroamérica (México, D.F., 21 al 22 de mayo de 1998), Santiago de Chile, inédito.
- CNPD (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento) (1998), *Saúde, direitos reprodutivos, equidade social e bem-estar da família*, Brasília.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1996), *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*, México, D.F.
- Escobar, Agustín (1998), "Migración y desarrollo en Centro y Norteamérica: elementos para una discusión", documento presentado en el seminario "Migración internacional y desarrollo en Norte y Centroamérica (México, D.F., 21 al 22 de mayo de 1998), Santiago de Chile, inédito.

- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1998a), *The State of World Population 1998: The New Generations*, Nueva York.  
[<http://www.unfpa.org/SWP/SWPMAIN.HTM>].
- \_\_\_\_\_ (1998b), “Issues in Measuring and Monitoring Maternal Mortality: Implications for Programmes”, *Technical and Policy Paper*, N° 1, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1998c), *Annual Report 1997*, Nueva York [<http://www.unfpa.org/report97>].
- \_\_\_\_\_ (1997), *Global Population Assistance Report, 1996*, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Donor Support for Contraceptive Commodities, 1996, and Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries, 1994-2005*, Nueva York.
- Gómez, E. (cons.) (1997), “La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques”, serie Mujer y desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- INE (Instituto Nacional de Estadística)/Macro International, Inc. (1994), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*, La Paz.
- IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) (1998a), *IPPF Annual Review 1997-1998: Focus on Youth*, London [<http://www.ippf.org/review/>].
- \_\_\_\_\_ (1998b), “Resumen de publicaciones”, documento presentado al symposium “Participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas”, Oaxaca, México, octubre.
- \_\_\_\_\_ (1996), *Annual Report 1996*, Nueva York.
- Morley, Samuel A. (1997), “Poverty During Recovery and Reform in Latin America: 1985-1995”, documento preparado para el proyecto conjunto PNUD/BID/CEPAL, “Políticas macroeconómicas y pobreza en América Latina y el Caribe” (RLA/98/006), Nueva York.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)/Banco Mundial (1997), *Maternal Health Around the World*, Ginebra [<http://www.safemotherhood.org/factsheets>].
- OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1996), *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*, Ginebra [<http://www.safemotherhood.org/factsheets>].
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) (1998), “Subregional Workshop: Prevention of the Vertical Transmission of HIV. Conclusions and technical

- recommendations of the meeting. Executive Summary”, (Buenos Aires, 29 al 31 de julio de 1998)  
[<http://www.unaids.org/unaids/document/mother%2Dto%child/statarg.html>].
- ONUSIDA/AIDSCAP (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Proyecto para la Prevención y Control del Sida) (1998), *The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in Latin America and the Caribbean: Final Report*, Rio de Janeiro, noviembre [http://www.unaids.org/].
- \_\_\_\_\_ (1996), “The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic. Official Satellite Symposium”, Vancouver, British Columbia, 5 al 6 de julio.  
[<http://www.unaids.org/unaids/document/epidemiology/status.html>].
- ONUSIDA/OMS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Mundial de la Salud) (1998a), “Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 1998”, *Global HIV/AIDS & STD Surveillance*, Ginebra  
[<http://www.unaids.org/unaids/document/epidemiology/june98/index.html>].
- \_\_\_\_\_ (1998b), “AIDS epidemic update: December 1998”, *Fact Sheets*, Ginebra  
[<http://www.unaids.org/unaids/document/epidemiology/wadr98e.pdf>].
- ONUSIDA/OPS/OMS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud) (1998), “Epidemiological Fact Sheet on HIV/Aids and Sexually Transmitted Diseases”, Ginebra [http://www.unaids.org/].
- Ramos, Joseph (1998), “Políticas de competitividad en economías abiertas”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe) (1998), *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres, la mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina (Brasil - Chile - Colombia - Nicaragua - Perú)*, Santiago de Chile.
- Sadik, Nafis (1995), “Introduction”, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994) (A/Conf.171/13), El Cairo, 18 de octubre de 1994.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1997), “A failure of imagination”, *The Progress of Nations 1996*, Nueva York  
[<http://www.unicef.org/pon96/contents.htm>].

USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) (1999), “USAID Congressional Presentation. Fiscal Year ’99”, Washington, D.C.  
[<http://www.usaid.gov/pubs>].

\_\_\_\_\_ (1998), “USAID Congressional Presentation. Fiscal Year ’98”, Washington, D.C.  
[<http://www.usaid.gov/pubs>].

\_\_\_\_\_ (1997), “USAID Congressional Presentation. Fiscal Year ’97”, Washington, D.C.  
[<http://www.usaid.gov/pubs>].

## ANEXO 1

### **Posición y Reservas de la República Argentina para la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, para el Examen y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe (Santiago de Chile, 14 y 15 de diciembre de 1998)**

La Delegación de la República Argentina, en relación con el Proyecto de Informe *Examen y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe*, y en cumplimiento de lo dispuesto en su Constitución, las leyes y normas del derecho internacional, reafirma entre otros los siguientes principios consagrados en su Constitución: la inviolabilidad de la vida, la protección del hijo desde el momento de la concepción, la libertad de conciencia y religión, la protección de la familia como célula básica de la sociedad, el derecho primario de los padres a educar a sus hijos, el principio de respeto de la soberanía, etc.

En consecuencia, el Gobierno Argentino desea dejar expresa constancia de lo siguiente:

1. La política poblacional de la República Argentina está inscrita en su Constitución Nacional, que incluye la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer y sus reservas, así como la Declaración de los Derechos del Niño y sus reservas.
2. El Gobierno Argentino reafirma los principios que ha expresado oportunamente en la Conferencia de Población de El Cairo y, muy especialmente -como integrante de la región latinoamericana- está convencido de que los problemas en materia de población en América Latina no pueden explicarse por la magnitud numérica de sus habitantes, sino por la dificultades de acceso a los beneficios del desarrollo, y a la generación y reasignación de riquezas. El proceso de modernización de las estructuras económicas que se ha llevado a cabo en los países de la región ha aportado sin dudas numerosos beneficios, pero es necesario reconocer que, en muchos casos, ha contribuido también a agravar la situación de los sectores más vulnerables de la población. Hacia ellos deben implementarse los esfuerzos en materia de cooperación internacional.
3. En el marco del proceso de globalización en que estamos insertos, la Argentina entiende que América Latina tiene que aportar como región su diversidad cultural como un rasgo positivo a la situación planetaria. A casi 5 años de celebrada ICPD, la Argentina reconoce la persistente heterogeneidad entre los países de la región.
4. Lo manifestado en el Proyecto de Informe mencionado al comienzo: “El surgimiento de nuevas modalidades institucionales destinadas a integrar las variables sociodemográficas en las políticas y programas de desarrollo” (pág. 8), no debe interpretarse como la adopción de una “monocultura”, sino por el contrario deben

desarrollarse vigorizando la identidad cultural de cada país de la región, como un aporte a la cultura global.

5. La República Argentina entiende que la globalización de las relaciones socioeconómicas no puede desentenderse de las culturas regionales, sino que por el contrario se debe favorecer su aporte socio-ético-religioso a la comunidad internacional y no quebrar sus culturas con planificaciones poblacionales que lleguen a contrariar su cosmovisión.
6. El Gobierno Argentino considera que en materia de salud, la discusión de la temática poblacional no puede limitarse al tema que los documentos de trabajo denominan *salud reproductiva*. La Argentina estima que el primer componente de la maternidad sin riesgo lo constituye el concepto de *salud integral*, y que los fondos de cooperación internacionales para actividades de población en la región deben incluir un mayor porcentaje para los medicamentos de base, que permitan una asistencia sanitaria a la población durante todas las etapas de la vida de las personas.
7. Los objetivos en materia de población y desarrollo deben ser asunto de competencia y soberanía de cada país, en concordancia con la fundamentación y orientación de sus políticas nacionales, bajo la guía del respeto a la dignidad humana y a la decisión libre y responsable de los individuos.
8. La estabilización de la población mundial no debe lograrse a través de medidas gubernamentales u originadas en organismos o instituciones supranacionales, que contradigan la libertad de decisión de individuos y familias, y no atiendan valores religiosos, éticos y culturales de las comunidades locales.
9. La planificación familiar debe sustentarse en la libertad de decisión y el respeto de los derechos humanos de los cónyuges, sin injerencia estatal, especialmente en las áreas de salud y educación.
10. El crecimiento demográfico no es necesariamente consecuencia del subdesarrollo ni causa de la pobreza y la inseguridad alimentaria. Las políticas tendientes a promover la seguridad alimentaria deben basarse en la educación y desarrollo de la persona y, fundamentalmente, en la justicia social tanto en el orden local como en el internacional.
11. Se debe dar especial importancia a los temas de educación y salud de la población en un marco de *salud integral*. De manera especial, la mujer debe ser considerada en forma integral en sus distintas etapas: pediátrica, infantil, adolescente, juvenil, del climaterio y menopausia. Enfatizar solamente la etapa con capacidad de procrear, omitiría la prevención de causas que condicionan su salud total, y que varían según los países de la región.
12. La prestación de los servicios de *salud reproductiva* deberá llevarse a cabo respetando la libertad de decisión de las personas y teniendo en cuenta los valores que sustentan. La República Argentina reafirma el principio de la responsabilidad primaria de los padres sobre las cuestiones relativas a la educación y salud de sus hijos menores, conforme con lo dispuesto en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Los servicios de salud reproductiva en ningún caso deben incluir el aborto, quirúrgico o químico, ni en sí mismo ni como método de control de la natalidad.
13. La capacidad de la mujer para adoptar decisiones en las diversas esferas de la vida, no depende de la reducción sistemática de la fecundidad, sino de favorecer la inserción

en los niveles de educación y de promover acciones que garanticen la igualdad de oportunidades.

14. En relación con el párrafo que habla de la transformación cultural que redefine los patrones de interacción entre mujeres y hombres, la Argentina entiende que esto no puede implicar la sustitución indiferente del hombre por la mujer y viceversa. La flexibilidad de los roles no borra las características propias del ser masculino y el ser femenino.
15. La República Argentina entiende que se debe asegurar que las parejas y las personas - en un marco de responsabilidades compartidas por hombre y mujeres- puedan ejercer sus derechos como seres humanos y asistirlos en su salud durante todas las etapas de su vida.
16. El Informe Regional no puede omitir la referencia a la necesidad del fortalecimiento de la familia, en el marco de las políticas de población y desarrollo. (Plan de Acción de la ICPD, capítulo V, ítem 5.1.: “unidad básica de la sociedad”).

PROF. ALDO OMAR CARRERAS  
SUBSECRETARIO DE POBLACIÓN